

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

N°

310

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice CREPIN

Né le 6 Septembre 1916 à Le Crotoy (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le

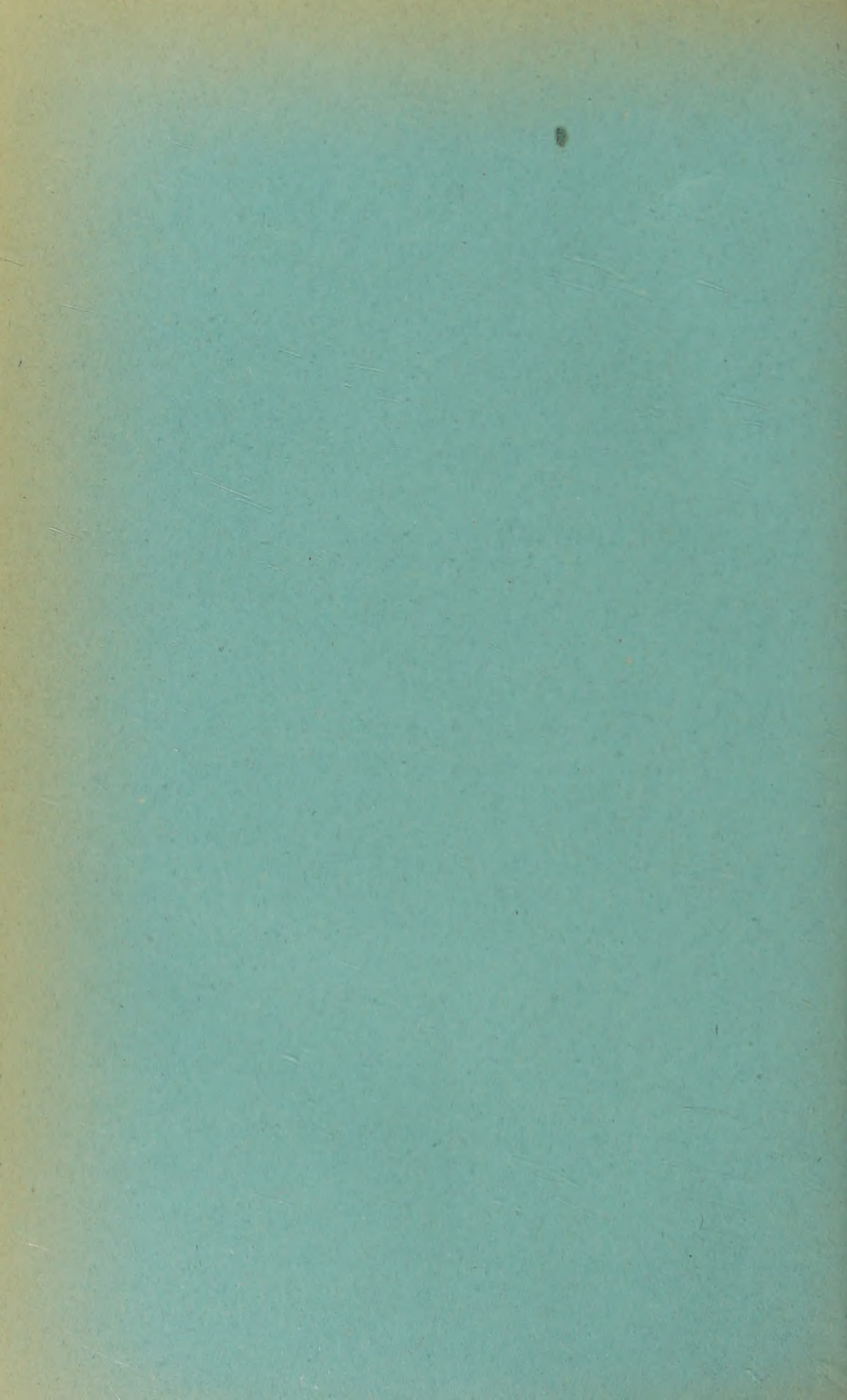
24 AVR 1945

LA MALADIE DE SUTTON ET LE VITILIGO PÉRINAEVIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE
(Ancienne Maison JOUSSET)
rue de Furstenberg (6^e)

1945



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— ANNÉE 1945

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice CREPIN

Né le 6 Septembre 1916 à Le Crotot (Somme)

Présentée et soutenue publiquement le

LA MALADIE DE SUTTON

ET

LE VITILIGO PÉRINAÉVIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

rue de Furstenberg (6^e)

1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN BAUDOUIN.

ASSESEUR Léon BINET.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LÉVY-VALENSI
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUÉJOUL.
Cliniques obstétricales	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie	MM. BESANÇON (Justin-)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BÉNARD (Henri)
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*),
 JAYLE M (*Chimie médicale*), LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 VERNE (*Histologie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. N...	Médecine générale . .	{ GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG. LENÈGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIÉ.
Anatomie pathologique	{ M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.	Médecine légale . . .	{ DESOILLE. DIGONNET. LACOMME. SUREAU. N...
Bactériologie	BONNET.	Ophtalmologie	RENARD.
Chimie médicale	N...	Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
	{ AMELINE. FÈVRE. FUNCK-BRENTANO. MÉNÉGAUX.	Parasitologie	LAVIER.
Chirurgie générale . .	{ PATEL. SICARD. N... N... N...	Parasitologie coloniale	N...
	{ BULLIARD.	Pathologie expériment.	LEMAIRE.
Histologie	N...	Pharmacologie	{ M ^{lle} J. LÉVY. N...
Hydrologie	N...	Physiologie	{ RICHET. N...
Hygiène	N...	Physiologie médicale .	DESGREZ (H.).
	{ BARIÉTY. BERNARD (Ét). BOULIN. BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Thérapeutique	TURPIN.
Médecine générale . .		Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIÉDELIÈVRE (*Médecine légale*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.		MM.
	GATELLIER.		ALAJOUANINE.
Clinique chirurgicale .	DE GAUDART	Clinique médicale . .	CHEVALLIER.
	D'ALLAINES.		LAROCHE Guy.
Clinique obstétricale . .	ECALLE.		MOREAU.
		Clinique urologique. . .	FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	N...	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie.	LEDOUX-LEBARD		

	MM
Secrétaire de la Faculté. .	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef . .	A. HAHN.
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a guidé dans sa rédaction.*

Hommages respectueux.

LA MALADIE DE SUTTON

ET

LE VITILIGO PÉRINAÉVIQUE

HISTORIQUE

Il n'y a pas, parmi les troubles de la pigmentation, d'affection plus anciennement connue que le *nævus pigmentaire*. La connaissance des manifestations achromiques est également fort ancienne et déjà avant notre ère, Celse décrivait sous le nom de vitiligo la plupart des affections cutanées qui se caractérisaient par la disparition localisée du pigment.

Ultérieurement, si les progrès cliniques approfondirent notre connaissance des *nævi* et firent classer et distinguer du vitiligo diverses variétés d'achromies, ces deux ordres de manifestations furent étudiés séparément et demeurèrent pour ainsi dire opposés.

Ce n'est qu'en 1874 que pour la première fois Hebra et Kaposi observèrent l'association de ces deux affections et signalèrent que la leucodermie peut prendre naissance autour d'un *nævus pigmentaire*.

Le fait fut confirmé par Schein et par Ehrmann.

En 1910, Rolleston's rapporte l'observation d'un homme atteint de cancer digestif avec ictère et qui présentait sur le tronc quelques taches de vitiligo légèrement teintées de jaune. Au centre de ces taches se trouvait un grain de beauté pigmenté.

Puis, en 1913, Birger publie le cas d'un *nævus pilaire* entouré d'une zone dépigmentée.

Mais ces différents auteurs n'attribuaient à cette association que la valeur d'une coïncidence curieuse et exceptionnelle et ne la considéraient pas comme une entité nosologique distincte.

C'est à l'Américain Richard Sutton, de Kansas City, que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur les particularités de cette affection. Il décrivit minutieusement les caractères cliniques de cette dermatose nouvelle qu'il isola sous le nom de *Leucoderma acquisitum centrifugum*.

D'autres observations furent publiées ultérieurement par divers Auteurs, en particulier par Shelmire, Bunch, Petges, mais les cas rapportés n'étaient pas tous identiques. Certains en particulier différaient de l'observation originale de Sutton par la présence, à côté des éléments de *leucoderma*, de taches achromiques ou vitiligineuses.

Montpellier, reprenant à l'occasion d'une observation personnelle les cas publiés jusqu'alors, posa le problème de leur classification. Il distingue les cas purs non associés au vitiligo et qu'il appelle *nævi leucopigmentaires*, des formes associées qui ne seraient qu'une simple manifestation de vitiligo péri-nævique.

Par la suite, bien que cette affection demeurât d'observation relativement rare, d'assez nombreux auteurs étudièrent le problème.

Rabut, puis Stokes, signalèrent la possibilité d'observer dans le *leucoderma acquisitum centrifugum* un élément central différent du *nævus pigmentaire*.

Leszczynski s'attache ensuite, par des examens paracliniques, à déterminer la nature de l'achromie péri-nævique.

Le professeur Gougerot, Blum et Ganot, puis Pawlow envisagent le problème étiologique et pathogénique de l'affection.

D'autres encore étudièrent la question et l'on peut citer parmi les travaux les plus importants ceux de Poor, Weber, Narduci, Mgebrow et Brodsky, Richter, Mori, Feldman, Robinson, Corriciati, Hamann.

ETUDE CLINIQUE

I. — FORME TYPIQUE

Le leucoderma acquisitum centrifugum, ou maladie de Sutton, se présente cliniquement sous un aspect très simple et particulièrement frappant, et l'on ne saurait mieux faire pour en décrire la forme typique que de se reporter à l'observation originale (Observation I).

L'affection est caractérisée par la présence, disséminées sur les téguments, de taches achromiques présentant en leur centre un *nævus pigmentaire*. Ces taches achromiques tranchent nettement sur la coloration normale de la peau par leur blancheur que les différents auteurs ont comparé à la blancheur de la neige, du lait ou de l'ivoire.

Leur taille, relativement modérée, dépasse rarement celle d'une pièce de monnaie. Leurs contours, nets, sont exactement circulaires et comme tracés au compas ou parfois légèrement ovalaires.

Le passage de la région décolorée à la peau saine environnante se fait brusquement au niveau de la ligne régulièrement circulaire qui limite chaque tache, et il n'existe au delà de l'achromie aucune modification de la pigmentation cutanée normale. Sutton, dans les deux cas qu'il rapporte, insiste spécialement sur ce point qu'on ne peut décéler autour des taches blanches aucune bordure d'hyperpigmentation, comme il est habituel d'en rencontrer autour des taches de vitiligo.

Exactement au centre de chaque tache dépigmentée se trouve un *nævus pigmentaire*. Dans son observation, Sutton le décrit comme une petite maculo-papule ronde, légèrement surélevée, de coloration brune, et s'il ne porte pas pour cette formation centrale de diagnostic clinique ferme, se contentant

de dire qu'elle ressemble en quelque sorte à un petit *nævus pigmentaire*, le rapport anatomo-pathologique de la biopsie qu'il pratiqua, lève les doutes à ce sujet.

Les divers auteurs qui, à la suite de Sutton, publièrent des observations de cette maladie, confirmèrent du reste, tant du point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, qu'il s'agissait de *nævi pigmentaires typiques*.

Leur aspect peut varier suivant les observations et, chez un même malade, selon les différents éléments qu'ils centrent. Tantôt il s'agit de *nævi plans* consistant en une simple petite macule brunâtre, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il s'agit de *nævi saillants*, papuleux, de couleur brun pâle, brun foncé ou même franchement noire. Leur taille ne dépasse pas le plus souvent quelques millimètres de diamètre.

L'apparition et le développement du *leucoderma acquisitum centrifugum* est en général difficile à étudier. Cette affection n'attire l'attention du malade que lorsqu'elle a acquis une certaine importance et que la taille des éléments est devenue assez considérable. Souvent même, la découverte de ces manifestations dyschromiques, en particulier lorsqu'elles siègent en des régions normalement recouvertes par les vêtements, n'inquiètent point le sujet. Il n'y attache pas d'importance particulière car elles ne s'accompagnent d'aucun trouble subjectif gênant ou douloureux, et ce n'est qu'au cours d'un examen fortuit que le médecin a l'occasion de les observer.

Cependant, il existe un caractère capital que l'interrogatoire permet assez souvent de faire préciser : c'est l'apparition simultanée du *nævus pigmentaire* et de l'auréole achromique.

Dans les deux observations qu'il présente, Sutton précise qu'il n'y avait aucun *nævus* préexistant à la place où est apparu l'élément de *leucoderma*. Tout au plus dans la forme typique que nous étudions en ce moment, l'apparition du *nævus* peut légèrement précéder l'apparition de l'achromie. Le *nævus* se manifeste au début par un petit point brunâtre, presque imperceptible, qui s'accroît lentement, devient plus

ou moins papuleux cependant que la peau environnante se dépigmente, constituant autour de l'élément pigmenté central une auréole d'achromie. Cette auréole, complètement et régulièrement décolorée sur toute sa superficie, s'accroît lentement autour du nævus à mesure que celui-ci grossit en taille, en volume, et se charge de pigment.

L'apparition des éléments de *leucoderma* est rarement simultanée. Dans la majorité des observations, ils apparaissent successivement en des régions fort variables, et l'on a souvent l'occasion, au cours d'un même examen, d'en observer à des stades évolutifs différents. Dans le second cas de Sutton, les éléments les plus anciens étaient en voie de régression, ce qui, nous le verrons ultérieurement, n'est pas une éventualité évolutive exceptionnelle. D'autres auteurs, au contraire, ont eu l'occasion d'observer à côté d'éléments adultes, des éléments plus jeunes, certains même en voie d'apparition. C'est dans ces cas, où le *leucoderma* se présente sous forme d'un minuscule point pigmenté centrant une ébauche d'auréole de quelques millimètres à peine, que l'on se rend compte le plus facilement de l'évolution simultanée du nævus pigmentaire et de l'achromie et que la notion d'une corrélation étroite entre ces deux facteurs s'impose à l'esprit.

Ainsi donc, si nous résumons les principaux symptômes qui caractérisent la maladie décrite par Sutton, nous voyons que cette affection consiste en l'apparition d'un nævus pigmentaire qui, en même temps qu'il se développe, s'entoure d'une auréole achromique régulièrement circulaire, sans trace d'hyperpigmentation marginale.

Par la suite, de nombreux auteurs ont rapporté des cas où ils avaient eu l'occasion d'observer des nævi pigmentaires siégeant au milieu de taches achromiques. Certaines de ces observations s'identifient point pour point à la description originale, telles en particulier les observations de Rostemberg (Observation II), d'Andrews, de Feldman (5^e cas), de Satenstein, de Silver. Une de nos observations (Observation III) rentre également dans ce groupe. D'autres, au contraire, s'en

éloignent par des variations de l'un ou l'autre des symptômes ou par leur intrication à des manifestations vitiligineuses. Certaines même décrivent des lésions dont l'aspect clinique diffère totalement du *leucoderma acquisitum centrifugum* décrit par Sutton.

Aussi nous paraît-il nécessaire de passer en revue les différents faits qui ont été décrits et d'en établir une classification.

II. — FORMES ATYPIQUES

1°) Cas où le naevus est préexistant.

Dans ce premier groupe d'observations, l'aspect de l'affection au moment où l'on a l'occasion de l'observer c'est-à-dire au cours de son évolution lorsque les éléments ont acquis une taille déjà importante, est exactement comparable à la description de Sutton. L'affection en diffère cependant par ce fait que tous les nævi pigmentaires existaient bien avant l'apparition de l'achromie. L'interrogatoire des malades ou de leur famille apprend même parfois que ces nævi avaient toujours existé (Kelley, Matras, Observation IV). Ce n'est qu'à une époque plus ou moins tardive de l'existence qu'ils se sont entourés de l'auréole achromique caractéristique. Il faut cependant signaler que si dans certains cas l'apparition du halo dépigmenté n'a pas paru modifier sensiblement le nævus central, dans d'autres par contre, elle a coïncidé avec des signes d'activité nouvelle du nævus.

Ce réveil du nævus se traduit habituellement par un accroissement de taille, de grosseur, de pigmentation (Pawlow, 2° cas, Observation V). Exceptionnellement, on a observé la régression de l'élément pigmenté central (Gougerot et Car-teaud, Observation VI). Dans le cas de Matras, l'évolution du nævus à l'apparition de l'achromie périphérique n'est pas précisée. Cet auteur remarque seulement que les nævi centrants les taches blanches sont moins pigmentés que ceux qui ne sont pas entourés d'une zone dépigmentée.

2°) Cas où les caractères de l'achromie diffèrent de la description de Sutton.

Dans ce paragraphe, nous rangerons les observations où les caractères de l'achromie périnævique se distinguent nettement de ceux qui forment la base de la description originale, pour se rapprocher de l'aspect que présentent les taches de vitiligo typique.

Il ne s'agit plus ici, en effet, d'une auréole décolorée régulièrement circulaire sans trace d'hyperpigmentation périphérique. Tantôt il s'agit de nævi situés au milieu de placards achromiques dont la taille, très variable, peut atteindre des dimensions considérables et dont les contours sinueux dessinent sur la peau des taches irrégulières. Ainsi, dans l'observation de Klippel et Mathieu-Pierre Weil (Observation VI), il existe un placard vitiligineux aux contours tourmentés occupant la face latérale gauche du cou, débordant sur la face et se prolongeant jusque sur la poitrine et la région acromiale. Sur cette large zone plusieurs taches næviques se sont développées. Tantôt encore, si l'auréole dépigmentée qui entoure le nævus présente une taille normale et un contour régulier, la présence à sa périphérie d'une bordure hyperpigmentée tend à faire rapprocher cette manifestation dyschromique du vitiligo véritable (von Poor, Sagher).

III. — FORMES INTRIKUÉES

Jusqu'ici, nous nous sommes uniquement occupés des cas où l'association nævus et achromie était réalisée à l'état de pureté. Sans doute, dans nombre de ces observations, les éléments leucopigmentaires coexistaient avec des nævi pigmentaires normaux disséminés en plus ou moins grand nombre à la surface des téguments. Les observations de von Poor, Feldman 5^e cas, Rulison en signalent un nombre particulièrement important. Mais, même chez les sujets normaux, la fréquence de ces nævi est si grande que l'on peut considérer comme exceptionnels ceux qui en sont entièrement dépourvus. Aussi

leur association au *leucoderma acquisitum centrifugum* ne nous retiendra pas particulièrement.

Autrement intéressante est l'étude des formes associées à des taches achromiques pures ou vitiligineuses typiques. Elles constituent un chapitre important de l'affection puisque, sur 80 cas étudiés, elles en représentent 43, soit 54 %.

Là encore, nous pouvons distinguer plusieurs groupes de faits selon l'aspect clinique des éléments et la nature des manifestations achromiques qui leur sont associées.

1^o) Cas associés à des taches achromiques non vitiligineuses.

Certaines observations mentionnent qu'à côté d'éléments de *leucoderma* typiques on observe quelques taches dépigmentées, très exactement circulaires, sans trace d'hyperpigmentation périphérique. Ces taches ne se distinguent des éléments leucopigmentaires que par l'absence de formation centrale. Or, il est à remarquer que dans la plupart des cas, ces taches simplement achromiques sont plus petites ou sont apparues plus tardivement que les autres éléments. Tels sont, par exemple, les cas rapportés par Shelmire, 1^{er} et 2^e cas ; Montpellier et Lacroix, 1^{er} cas (Observation VIII). La forme nettement arrondie de ces taches, l'absence de bordure hyperpigmentée les distinguent du vitiligo. Et surtout la notion de leur apparition plus récente permet de les considérer comme des éléments dans lesquels la formation centrale n'a pas encore eu le temps de se manifester. Nous verrons, en effet, lorsque nous étudierons les formes évolutives, que l'apparition du nævus et de l'achromie peut se trouver décalée. D'autre part, l'existence de cas où inversement un élément de *leucoderma* typique se transforme, par suite de la régression et de la disparition du nævus central, en des taches absolument identiques à celles que nous étudions en ce moment, confirme notre manière de penser.

Enfin, signalons qu'il nous a été possible dans un de nos cas personnels (Observation IX) de confirmer cette hypothèse

par l'examen des troubles dyschromiques à la lumière de Wood. Nous avons vu, en effet, qu'au centre de certaines taches achromiques qui, à la lumière ordinaire, paraissaient régulièrement et complètement décolorées, l'irradiation ultraviolette mettait en évidence de légères taches pigmentaires centrales, ébauches d'un *nævus* non encore formé.

Il nous paraît donc logique de considérer que tout au moins dans un grand nombre de ces cas, il ne s'agit pas d'une association à proprement parler, mais plutôt de formes atypiques de la maladie.

2° Cas où les éléments de *leucoderma* sont associés à un vitiligo typique.

Dans ce groupe, nous observons côte à côte deux formes bien distinctes de manifestations.

D'une part, il existe des éléments caractéristiques de la maladie de Sutton, avec auréole circulaire sans hyperpigmentation périphérique développée en même temps que le *nævus* central. D'autre part, on note la présence de taches de vitiligo dont les contours irréguliers et la bordure hyperpigmentée rendent le diagnostic évident.

Deux de nos cas personnels rentrent dans cette catégorie (Observations IX et X). C'est dans ce groupe que nous ferons également rentrer les formes associées où l'auréole des éléments leucopigmentaires s'est développée autour d'un *nævus* préexistant (Gougerot, Blum et Ganot, Stilliams et Smith, Pawlow, 1^{er} cas).

Enfin, signalons encore qu'il existe des cas où l'intrication des manifestations dyschromiques est encore plus complexe et où l'on peut observer chez le même malade des éléments caractéristiques du *leucoderma*, des taches de vitiligo, des éléments atypiques d'achromie périnævique, présentant par exemple une bordure hyperpigmentée, des taches achromiques simples d'interprétation difficile. Tel est le cas d'une de nos observations personnelles (Observation XI).

3°) Formes associées où l'achromie périnaevique ne correspond pas à la description de Sutton.

Les formes associées qui rentrent dans ce groupe ne présentent pas à côté des taches de vitiligo, d'éléments leucopigmentaires typiques du *leucoderma acquisitum centrifugum*; et l'achromie périnaevique n'a plus rien de commun avec le type clinique établi par Sutton.

Là, encore, la taille anormale de la tache achromique ou de son nævus central, les contours irréguliers de la zone dépigmentée (Bunch, 1^{er} cas; Louste, Lévy-Franckel et Cailliau, Crawford, 2^e cas; Beeck, Degos et Garnier (Observation XII), ou la présence d'une bordure hyperpigmentée (Crawford, 1^{er} cas; Montpellier, Passano) évoquent l'aspect de manifestations vitiligneuses.

CLASSIFICATION

Comme on peut le constater les différents aspects que peuvent revêtir les phénomènes de dépigmentation survenant autour d'un nævus pigmentaire, sont très dissemblables. Si certains auteurs les ont rapportés sans distinction sous le nom de *leucoderma acquisitum centrifugum*, d'autres ont, avec raison, pensé que cette diversité des aspects cliniques ne pouvait rentrer dans le cadre d'une seule et même entité nosologique. Et si l'on a admis que les caractères spéciaux de l'affection décrite par Sutton lui conférerait une place à part dans le chapitre des troubles de la pigmentation, on a voulu, par contre, en distinguer les cas qui, par certains côtés, pouvaient être considérés comme une simple manifestation de vitiligo périnaevique.

Dans ces conditions, il faudrait donc envisager d'une part l'affection que Sutton a décrite sous le nom de *leucoderma acquisitum centrifugum* et que d'autres auteurs ont, par la suite, également nommé *nævus leucopigmentaire* (Montpellier, Narduci) *halo nævus* (Feldman et Lashinsky), et d'autre

part le vitiligo périnævique. L'un consisterait en une achromie d'origine mal déterminée il est vrai mais dont l'apparition serait en étroit rapport avec celle du nævus, l'autre, au contraire, ne serait qu'un vitiligo banal dont la localisation périnævique serait purement accidentelle ou due à une cause inconnue.

Dans quelques cas particulièrement caractéristiques la distinction est facile à faire, mais dans beaucoup d'autres l'intrication des faits rend cette différenciation extrêmement malaisée. Aussi est-il tout naturel que, sans préjuger des facteurs étiologiques ou pathogéniques, la plupart des auteurs se soient attachés à trouver un critère clinique qui leur permette de séparer ces deux ordres de manifestation.

1° La raison la plus fréquemment invoquée pour distinguer ces deux affections est la présence chez le malade de taches typiques de vitiligo.

On a proposé de réserver le terme de *leucoderma acquisitum centrifugum* aux cas où les éléments leucopigmentaires seraient isolés. Lorsqu'ils seraient par contre associés à des taches de vitiligo ils devraient être considérés comme vitiligo périnævique (Montpellier, Louste, Pawlow, Richter, Pasano, Degos et Garnier).

Les arguments qui ont été fournis ne sont pas sans valeur. Le fait en particulier que dans la majorité de ces formes associées l'achromie périnævique et le vitiligo apparaissent simultanément est en faveur de l'identité de ces deux manifestations. Il est vraisemblable, comme nous le dirons au chapitre de la pathogénie, que dans l'un et l'autre cas les mêmes facteurs chimiques ou biologiques doivent présider à la disparition du pigment. Un même terrain pathologique peut se retrouver dans les deux cas. De semblables analogies pourraient expliquer cette simultanéité d'apparition sans pour cela prouver une identité complète.

Mais si l'on admet que dans les formes pures les caractères spéciaux des éléments leucopigmentaires permettent d'en faire

un syndrome clinique distinct, pourquoi leur refuser leur autonomie clinique lorsque coexistent d'autres troubles dyschromiques ? Qu'il existe ou non du vitiligo, l'aspect des éléments de leucoderma reste toujours identique. Ne peut-on pas alors parler de formes associées de maladie de Sutton et de vitiligo tant que l'on n'aura pas réussi à démontrer qu'une même étiologie est à la base de ces deux manifestations et qu'aucun facteur pathogénique ne les distingue ?

2° La présence autour du *nævus leucopigmentaire* d'une bordure hyperpigmentée a été généralement considérée comme la signature du vitiligo.

Il est évident que cette hyperpigmentation est identique à celle que l'on observe autour des taches de vitiligo. Il nous semble normal dans ce cas de réunir les deux affections ainsi que le proposent Montpellier, Sannicandro, Pawlow, Richter, Passano, Degos et Garnier.

Mais il existe des observations (Montpellier et Lacroix, 2° cas) qui ne signalent cette bordure hyperpigmentée qu'au niveau d'un seul élément. Les autres offrent les caractères des éléments de leucoderma typique. Un de nos cas personnels présente également cette particularité (Observation XI). Rien n'oblige dans ces cas à conclure que tous les éléments rentrent dans le cadre du vitiligo périnævique. On peut au contraire admettre qu'il s'agit d'une forme associée plus complexe où des éléments de *leucoderma* côtoient des manifestations vitiligneuses les unes simples, les autres périnæviques.

3° D'autres caractères différentiels ont été signalés qui permettent de distinguer le vitiligo périnævique.

Louste, Lévy-Franckel et Cailliau rapportant l'observation d'un malade présentant un grand placard dépigmenté sur le flanc gauche et une partie du dos, pensent que l'importance de la tache achromique et que son extension irrégulière doivent faire considérer le cas comme un vitiligo.

Passano est également d'avis que la disproportion entre

l'aire achromique et le nævus central est un signe distinctif du vitiligo périnævique.

Les observations rapportées par ces auteurs ne prêtent en effet à aucune discussion possible, d'autant que d'autres éléments, tels qu'une bordure hyperchromique viennent confirmer le diagnostic. Dans ces cas, l'achromie périnævique ne présente aucun des caractères du *leucoderma acquisitum centrifugum*, il n'existe aucun élément correspondant à la description de Sutton et ces faits rentrent de plein droit dans le groupe du vitiligo périnævique.

4° Certains auteurs ont également pensé que la constatation de certaines anomalies des éléments leucopigmentaires pouvaient faire pencher le diagnostic dans un sens ou dans un autre.

— Richter pense que la régression de l'achromie qui peut survenir quelquefois au cours de l'évolution des éléments, serait en faveur de sa nature vitiligineuse, mais il ne fournit aucune raison à l'appui de son hypothèse.

— La constatation à l'examen histologique des biopsies pratiquées, de petits îlots pigmentés persistants ou réapparus dans l'aire de l'auréole achromique serait pour von Poor en faveur du *leucoderma*. Mais d'autres auteurs et en particulier Passano pensent que cette anomalie se rapprocherait plutôt de l'aspect moucheté que présentent certains vitiligo en voie de régression.

— Plus intéressantes peut-être seraient les constatations que Mori et que Szentkiraly ont eu l'occasion de faire au cours de leurs essais de traitement. Ces deux auteurs ont observé que si les taches de vitiligo réagissaient à l'irradiation par rayons ultra-violet et se repigmentaient tout au moins partiellement, les éléments de *leucoderma* restaient par contre totalement indifférents à cette thérapeutique.

5° Les caractères qui permettraient de distinguer le *leucoderma* du vitiligo périnævique sont donc nombreux, mais ils

sont très variables selon les observations et si certains d'entre eux, caractéristiques, entraînent la conviction, d'autres, par contre, sont plus difficiles à apprécier ou n'excluent pas toute possibilité de discussion.

Il existe cependant un caractère clinique que Sutton a bien précisé dans ses deux observations mais auquel les différents auteurs qui ont étudié la question par la suite ont porté peu d'intérêt. Il s'agit de l'apparition simultanée du *nævus* et de l'achromie et de leur accroissement proportionnel. Nous avons déjà insisté sur ce fait lorsque nous avons essayé de classer les différentes observations et nous pensons pour notre part que cette concordance d'évolution est caractéristique du *leuco-derma acquisitum centrifugum*. Elle est la traduction clinique des rapports étroits qui, dans cette affection, lient le *nævus* et l'achromie en un même élément et elle écarte l'idée d'une simple coexistence de deux manifestations dyschromiques différentes.

Ce signe, s'il nous paraît pathognomonique, n'exclut pas cependant de la maladie de Sutton tous les cas où le *nævus* préexistait. Nous avons vu en effet que dans la plupart des observations les *nævi* préexistants se modifiaient à l'apparition de l'achromie. Il n'est pas impossible de penser que ces modifications cliniques correspondent à l'acquisition pour le *nævus*, de propriétés nouvelles, propriétés qu'il possède dans les cas typiques dès son apparition.

En résumé, nous proposons de considérer comme maladie de Sutton tous les cas où l'on peut observer des éléments caractéristiques, c'est-à-dire des éléments constitués par une tache achromique régulièrement circulaire, sans bordure hyperpigmentée et centrée par un *nævus* pigmentaire qui apparaît et se développe en même temps que l'achromie. Cette apparition et ce développement simultanés du *nævus* et de l'achromie est pathognomonique de l'affection. Cependant, nous considérons pour des raisons que nous venons d'exposer au paragraphe précédent que les cas où le *nævus* préexiste doi-

vent également rentrer dans le cadre du *leucoderma acquisitum centrifugum* dont ils constituent une forme clinique évolutive.

L'affection peut se présenter soit pure lorsqu'il n'existe que des éléments de *leucoderma*, soit sous forme associée lorsque coexistent des éléments vitiligineux.

Nous classerons, par contre, sous le nom de vitiligo périnævique, tous les cas où il n'existe aucun élément typique de *leucoderma* et où l'achromie périnævique par sa taille sans rapports avec le nævus central, par ses contours irréguliers, ou par la présence d'une hyperpigmentation marginale s'identifie aux manifestations du vitiligo.

FORMES CLINIQUES

L'aspect des éléments de *leucoderma acquisitum centrifugum* est à peu près constant dans les différentes observations. Quelques variations ou anomalies peuvent cependant s'observer.

Variations de l'élément central.

L'élément central est habituellement un nævus pigmentaire typique. Il s'agit d'un nævus plan ou plus souvent d'un nævus papuleux de forme régulière, arrondie, et dont la taille varie entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un petit pois. Ces variations dans la grosseur du nævus sont en principe fonction, comme nous le verrons tout à l'heure, de l'âge de l'élément et du stade évolutif auquel il est parvenu.

Les formations næviques dont les dimensions sont beaucoup plus considérables, sont rares et ne se rencontrent qu'au centre d'éléments que nous avons classés comme vitiligo péri-nævique. Ainsi, dans un cas de Bunch, il existe au milieu d'une tache grossièrement ovale de 10 cm. sur 4 cm. un nævus pigmentaire saillant couvert d'écailles rugueuses, de forme allongée, atteignant 7 cm. dans sa plus grande longueur.

La présence d'un nævus pileux n'est pas exceptionnelle. Les observations de Birger, Krantz, Petges, 1^{er} et 2^e cas; Montpellier, signalent cette anomalie.

Enfin, quelques auteurs ont rapporté des cas de *leucoderma acquisitum centrifugum* où l'élément central n'était pas un nævus pigmentaire.

— Rabut signale chez son malade l'existence de deux taches d'un blanc porcelaine, l'une ovale mesurant 5 cm. sur 3 cm., l'autre ronde un peu plus petite, centrées par un

petit nævus vasculaire rouge de la taille d'un grain de blé. Ces éléments étaient associés à des taches de vitiligo.

— Stokes rapporte deux cas où l'élément central était constitué dans le premier cas par des lésions de *psoriasis guttata*, dans le second, par des sarcoïdes papuleuses. Il n'existait aucune tache achromique isolée.

Il faut remarquer cependant que dans ces deux observations l'achromie qui s'était développée autour de ces éléments atypiques, n'était pas franche et ne présentait pas l'intensité que l'on observe dans la maladie de Sutton. L'auréole atteignait parfois d'assez grandes dimensions (la plus grande autour d'un élément de *psoriasis* mesurait 5 cm. de diamètre) mais la dépigmentation était à peine ébauchée et il fallait une observation attentive pour distinguer sa différence de coloration avec la peau saine.

— Leszczynski a publié une observation avec *molluscum pendulum*. Le cas qu'il rapporte était une forme associée où l'on observait des nævi pigmentaires, des nævi *molluscum pendulum*, des taches de vitiligo et enfin des éléments de *leucoderma* centrés les uns par un nævus pigmentaire, les autres par un *molluscum pendulum*.

— Szentkiraly a observé un cas où les éléments étaient centrés par des verrues séniles.

L'association de l'achromie a été également signalée avec des fibromes (Mguebrow et Brodsky), des lésions de tuberculose verruqueuse (Beeck). Mais dans ces observations, les caractères irréguliers de l'achromie feraient penser à des taches de vitiligo plutôt qu'à des éléments de leucoderma.

Variations de l'auréole achromique.

La taille de l'auréole varie également suivant le stade évolutif de l'élément. Elle ne dépasse généralement pas 5 à 6 centimètres de diamètre. Ce n'est que dans les manifestations de vitiligo périnævique que l'on peut observer de larges placards d'achromie.

Les limites des éléments de *leucoderma* sont franches et nettes, le passage entre la zone décolorée et la peau normalement pigmentée s'effectuant de façon brusque. Une seule observation (von Poor) signale une modification graduelle de la pigmentation donnant aux contours des éléments un aspect flou.

Pawlow, de son côté, a remarqué chez un de ses malades la présence d'une bordure érythémateuse de coloration rose pâle, entourant la zone achromique. Cette bordure n'existait qu'au niveau d'un seul élément de *leucoderma*. Par contre, quelques taches d'aspect vitiligineux présentaient également cet érythème marginal. Ce fait a déjà été signalé en particulier par Milian dans les taches de vitiligo mais il représente un cas unique dans les observations de *leucoderma*.

La dépigmentation est complète sur toute l'aire de l'auréole lui donnant une coloration blanche homogène. Dans quelques cas, cependant, il persiste quelques îlots pigmentés visibles (Passano) ou simplement décelés par la lumière de Wood ou l'examen histologique (von Poor).

Le cuir chevelu et d'une façon générale toutes les régions pileuses, constitue une localisation intéressante et relativement fréquente de la maladie. A ce niveau, les cheveux implantés sur la zone achromique participent toujours aux phénomènes de dépigmentation. Tantôt la canitie n'est que partielle et des cheveux normalement pigmentés persistent en proportion variable. Tantôt et c'est le cas le plus fréquent, la canitie est totale. La place des éléments sur le cuir chevelu se révèle par la présence de mèches blanches plus ou moins importantes.

EVOLUTION

Evolution normale.

Il est pratiquement impossible, chez un même malade, d'assister à l'apparition de l'affection et d'en suivre l'évolution. Ce trouble pigmentaire, s'il est disgracieux, ne présente aucune gravité et les cas qui ont été suivis pendant plusieurs années sont exceptionnels. On peut cependant se baser, pour se faire une idée de l'allure évolutive de la maladie, sur les renseignements que fournit le malade et parfois, sur la présence d'éléments d'âge différent.

L'élément de *leucoderma acquisitum centrifugum* se présente à son apparition sous forme d'un minuscule point pigmenté, à peine perceptible, mais déjà un examen attentif permet de remarquer qu'à ce niveau la peau présente, sur une aire de quelques millimètres, une coloration plus pâle. Et pendant que le point pigmenté s'agrandit, grossit, devient papuleux, l'auréole décolorée s'affirme. Sa dépigmentation devient complète et sa coloration blanche ivoire tranche alors nettement sur la peau voisine. Le cercle régulier que l'achromie dessine autour du nævus grandit lentement en tache d'huile justifiant bien le qualificatif de *centrifugum* que lui donna Sutton.

Cet accroissement parallèle du nævus et de l'achromie est, nous l'avons déjà dit, caractéristique, et de nombreux auteurs ont pu constater que la taille de l'auréole achromique était d'autant plus grande que le nævus central était plus volumineux, plus saillant et plus pigmenté.

L'évolution générale de l'affection est lente et s'échelonne sur des mois et même des années. En général, au fur et à mesure que l'élément vieillit, son extension se ralentit puis finit par s'arrêter. L'auréole achromique ne dépasse pratiquement pas un diamètre de 6 à 7 cm. Hormis les cas d'évolution

atypique que nous étudierons tout à l'heure, les éléments persistent indéfiniment sans plus présenter de modifications tant du nævus que de l'achromie. Nous rappellerons cependant que les divers éléments évoluent rarement en une seule poussée et qu'à côté d'éléments adultes, stabilisés, de nouveaux peuvent prendre naissance.

Exceptionnellement, l'évolution est plus rapide et peut aboutir en quelques semaines à la formation d'éléments de plusieurs centimètres de diamètre (Rostemberg, Observation II).

Evolution dissociée.

Nous n'envisagerons plus ici les cas où le nævus préexiste depuis longtemps ou est congénital. Cette éventualité a été étudiée au chapitre de la description clinique. Nous ne considérerons que les formes cliniques où les deux constituants de l'élément sont d'apparition récente mais où l'un d'eux a évolué seul et pour son propre compte pendant une certaine période.

Généralement c'est le nævus qui apparaît le premier se développant comme un nævus pigmentaire tardif et ce n'est que lorsqu'il a atteint une certaine grosseur que s'ébauche l'auréole achromique (von Poor, Observation XIII).

Parfois, cependant, le nævus ne se manifeste que lorsque la tache achromatique a atteint une taille déjà importante. Mais dans ces observations, il faut remarquer que les caractères de l'achromie permettent de la considérer comme une tache de vitiligo. Aussi ces cas sont-ils volontiers décrits sous le nom de « *nævus endovitiligineux* » (Mguebrow et Brodsky, Dracoulides, Observation XIV).

Régression et guérison.

Dans la grande majorité des cas le trouble dyschromique est définitif et les éléments arrivés à leur complet développement et stabilisés persistent indéfiniment sans présenter de changements. Toutefois, dans quelques cas, on a pu observer

des manifestations de régression partielle ou totale, survenues spontanément et sans cause apparente.

Parfois seul le *nævus* central présente cette involution (Stillians et Smith)). D'autres fois, c'est l'auréole achromique qui tend à disparaître et qui, comme dans le deuxième cas de Sutton (Observation I), devient difficilement perceptible après plusieurs années.

Parfois encore tout l'élément participe à ces manifestations régressives et à la place où existait précédemment un élément typique de *leucoderma* on ne constate plus que le reliquat faiblement pigmenté du *nævus* entouré d'une zone si faiblement dépigmentée que sa différenciation avec la peau saine voisine devient difficile (Richter, Zieler).

Cette régression est même complète dans certaines observations. L'interrogatoire du malade apprend que certains éléments ont disparu complètement sans laisser aucune trace (Rostemberg, Observation II). Et même, comme dans le cas de Casselberry, le diagnostic de maladie de Sutton n'est posé que rétrospectivement, car au moment de l'examen toutes les lésions ont guéri sans laisser la moindre trace ou cicatrice visible.

Il est assez difficile de se faire une idée précise sur ce processus de guérison. Il semble toutefois que pendant que le *nævus* central se dépigmente et régresse, l'auréole achromique reprend progressivement la coloration de la peau normale. Il ne s'agit pas d'un mécanisme inverse de celui de sa formation. Ce n'est pas en effet par le rétrécissement de ses contours que l'achromie diminue, puis disparaît, mais par un phénomène de repigmentation partielle qui envahit de façon homogène toute l'aire dépigmentée et la ramène peu à peu à une coloration normale.

Nous préciserons également que l'involution ou la guérison complète n'atteint pas forcément l'ensemble des lésions. Pendant que certains foyers disparaissent d'autres peuvent demeurer inchangés, d'autres même peuvent apparaître et se développer.

Evolution inversée.

Enfin, il faut signaler les cas exceptionnels mais extrêmement curieux où nævus pigmentaire et achromie évoluent en même temps mais dans des sens opposés.

Le professeur Gougerot et Carteaud en ont rapporté deux cas. Chez l'un, l'apparition de l'achromie autour d'un nævus préexistant a coïncidé avec sa dépigmentation. Chez le second (Observation VI), elle a coïncidé avec une diminution de volume du nævus central. Les autres éléments de *leucoderma* que présentaient ces malades évoluaient par contre normalement.

Sannicandro a également rapporté l'observation d'une jeune malade qui a vu apparaître autour d'un nævus un halo achromique. Et parallèlement à l'extension centrifuge de l'achromie, le nævus central a régressé puis a disparu complètement

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les biopsies pratiquées sur l'élément central et sur la zone achromique n'ont apporté aucun éclaircissement sur la maladie de Sutton, et n'ont fait que confirmer les renseignements fournis par la clinique.

L'aspect histologique du nævus central dans le *leucoderma acquisitum centrifugum* est absolument identique à celui des nævi banaux.

Toutes les observations rapportent les mêmes signes caractéristiques : Abondance du pigment dans la couche basale de l'épiderme ainsi que dans les cellules rameuses avec, parfois, quelques granulations pigmentaires en nombre variable dans les assises profondes du corps muqueux de Malpighi. Dans le derme, outre les amas de cellules næviques caractéristiques des nævi papuleux, on retrouve également des granulations de mélanine jusque dans les éléments conjonctifs du derme profond.

La zone achromique présente une structure absolument normale si ce n'est l'absence complète de mélanine tant au niveau des cellules de la couche basale que dans le chorion. Dans quelques cas cependant, où du reste la clinique révélait l'existence dans l'auréole de marbrures ou d'îlots faiblement pigmentés, on peut observer sur les coupes quelques rares granulations pigmentées.

La dopa-réaction de Bruno Bloch est également négative dans la zone achromique.

Leszczynski, pratiquant sur son cas la dopa-réaction selon la technique modifiée par Groer-Stutz-Tomaszewski et apprê-

ciant les résultats d'après l'échelle de Groer, obtient les résultats suivants :

Peau normale : 16 ;

Peau dépigmentée du vitiligo ou du leucoderma : 4 ;

Peau dépigmentée post inflammatoire : 0.

L'achromie du *leucoderma acquisitum centrifugum* ne pourrait donc se différencier du vitiligo. Elle serait cependant moins complète que l'achromie post inflammatoire.

ETIOLOGIE

Age :

La maladie de Sutton apparaît généralement chez les jeunes. Déjà Weber avait été frappé par ce fait et il considérait le *leucoderma acquisitum centrifugum* comme une maladie de l'enfance.

— Mori qui, sur 19 cas, a établi la première statistique, place le maximum des cas entre 20 et 30 ans.

— Hamann donne comme âge moyen 24 ans.

Personnellement, sur 42 observations où nous avons pu trouver des renseignements précis sur la date d'apparition de l'affection, nous avons noté :

14 cas de 0 à 10 ans ;

18 cas de 10 à 20 ans ;

7 cas de 20 à 30 ans ;

1 cas de 30 à 40 ans ;

2 cas de 40 à 50 ans.

On voit donc qu'en fait, dans 75 % des cas, la maladie apparaît avant 20 ans.

La date d'apparition la plus tardive est 48 ans (Observation de Robinson).

Sexe :

L'affection se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme.

— Mori donne une proportion de 72 % d'hommes.

— Hamann donne le chiffre de 61 %.

Sur 71 observations, nous avons trouvé personnellement 44 hommes pour 27 femmes, soit 62 % des cas chez l'homme.

Localisation :

Certaines régions du corps sont plus volontiers atteintes. Par ordre de fréquence nous citerons le tronc et en particulier le dos, le cou et la face. Les membres sont plus rarement touchés et ne présentent généralement de lésions qu'au niveau de leur racine. Les extrémités sont toujours respectées.

Le nombre des éléments est très variable. Il est en moyenne d'une dizaine. Parfois, il n'en existe qu'un seul, mais on a pu en observer jusqu'à 30 (Stokes).

Quant à l'origine de cette affection, elle nous est pratiquement inconnue. Certains auteurs ont signalé comme antécédents immédiats de son apparition une scarlatine (Rostemberg), une intervention chirurgicale (von Poor), un traumatisme (Beek). Mais il semble bien qu'il ne faille voir dans ces faits qu'une simple coïncidence. Plus intéressante peut-être serait l'observation de Gougerot et Carteaud (Observation VI). Ces auteurs signalent que l'apparition des troubles dyschromiques a coïncidé avec une congestion pulmonaire droite et que tous les nævi leucopigmentaires étaient localisés sur le côté droit du thorax.

— Pawlow rapporte également un cas (Observation V) où il semble qu'il y ait une relation de cause à effet entre un traumatisme et l'apparition d'un élément.

Certaines associations pathologiques ont aussi été signalées : association avec un cancer digestif (Rolleston's), avec un lichen plan (Robinson), un myxœdème (Rulison), une maladie d'Addison (Obermayer). Là, encore, on ne peut tirer aucune conclusion de ces cas isolés. Cependant, certaines associations avec la pelade (Rabut, Riehl), ou avec une alopécie totale (Guequierre et Freeman), auraient plus d'intérêt ; on sait, en effet, que l'association du vitiligo et de la pelade n'est pas exceptionnelle.

Il ne semble pas que la syphilis joue un rôle quelconque dans l'étiologie de la maladie de Sutton. Rares sont les auteurs qui ont relevé des signes d'hérédo-syphilis chez leurs malades

(Montpellier, Rabut). Et encore ces signes étaient-ils très frustes. Quant aux réactions sérologiques, elles n'ont été trouvées entièrement positives que dans un seul cas (Sagher). Dans deux autres cas (Gougerot et Carteaud, Degos et Garnier) seule la réaction de Kahn était perturbée.

Du reste, comme nous le verrons plus loin, les essais de traitement antisypilitique sont dans tous les cas, restés sans action sur la dyschromie.

Signalons enfin qu'il existe des cas familiaux de la maladie de Sutton. Ils sont, il est vrai, exceptionnels, et nous n'avons pu en relever que deux dans la littérature.

— Le premier cas de Petges, un jeune homme de 22 ans, prétendait que sa mère et sa grand'mère présentaient comme lui des grains de beauté entourés d'une auréole décolorée.

— Hamann, de son côté, a rapporté l'observation d'un homme atteint de *leucoderma acquisitum centrifugum* associé au vitiligo. Une tante de ce malade présentait également des éléments leucopigmentaires. Sa mère, par contre, ne présentait que des taches de vitiligo.

RECHERCHES PARACLINIQUES

Les examens de laboratoire pratiqués sur les malades atteints de maladie de Sutton ne révèlent aucun trouble d'ordre général.

— Nous avons vu que la réaction de Wassermann est pratiquement toujours négative.

— Les formules sanguines qui ont été pratiquées ont toutes été normales.

— Le métabolisme de base n'est pas perturbé. Un seul cas signale un excès de 22 % (Guequierre et Freeman).

Diverses recherches ont également été effectuées localement au niveau des éléments pour tenter de découvrir quelle était la nature exacte de cette achromie.

— L'étude de la sensibilité superficielle aux différents modes, tact, douleur, chaleur, a toujours donné des résultats normaux.

— La recherche du réflexe pilomoteur a, par contre, donné des résultats variables. Normal dans les cas de Montpellier et Lacroix, il était au contraire aboli dans le cas de Rabut.

— Personnellement, nous avons recherché sur deux de nos malades (Observations IX et XI) les troubles de la sécrétion sudorale au niveau des éléments, par l'ionisation à la pilocarpine. Les résultats ont été dans les deux cas absolument normaux et l'on n'a pas pu déceler de différence entre la peau saine et la peau achromique.

— Chez ces mêmes malades, les épreuves de résorption de l'éosine n'ont montré, après badigeonnage avec une solution alcoolique d'éosine à 2 %, aucune différence de résorption entre la peau saine et l'auréole achromique.

— Leszczynski avait, de son côté, pratiqué sur son malade

la dermo-réaction de von Groer-Hetch. La réaction à l'adrénaline était affaiblie. Les réactions à la caféine et à la morphine étaient normales.

Tous ces examens n'ont pratiquement apporté aucune lumière nouvelle sur la nature de l'achromie du *leucoderma acquisitum centrifugum*.

Les examens pratiqués à la lumière de Wood ont cependant réussi à préciser quelques notions déjà entrevues par la clinique.

— Le professeur Gougerot et Carteaud, examinant leur malade sous l'irradiation ultra-violette, avaient constaté non seulement une accentuation des différences de pigmentation, mais encore l'existence d'éléments au tout premier stade de leur évolution, et qui n'étaient pas encore perceptibles à la lumière ordinaire.

— Nous avons également examiné à la lumière de Wood deux de nos malades (Observations IX et XI). Chez tous deux nous avons remarqué la présence de marbrures pigmentées dans l'aire achromique d'éléments qui paraissaient entièrement décolorés à la lumière ordinaire. De petites formations pigmentées étaient même parfois décelées au centre de taches qui, à la lumière du jour, étaient dépourvues de formation centrales. D'autre part, alors que cliniquement les auréoles achromiques de tous les éléments présentaient des contours nets, certains à la lumière de Wood, conservaient cette netteté des limites, d'autres la perdaient et présentaient sur leurs bords de légères fluorescences blanchâtres. Ces faits confirment ce que nous avons déjà dit de l'évolution des éléments, à savoir que si certains étaient parvenus à leur maturité et ne donnaient plus de signes d'extension, d'autres, au contraire, étaient encore en pleine évolution et présentaient à leur périphérie des phénomènes de dépigmentation centrifuge.

PATHOGÉNIE

On ignore pratiquement tout de la pathogénie de la maladie de Sutton. Les auteurs qui ont abordé ce problème en ont été réduits à soulever des hypothèses très générales sans du reste le plus souvent apporter de faits convaincants à l'appui.

— Von Poor a parlé de facteurs physiques ou chimiques dépendants du nævus central, qui occasionneraient une perte de l'équilibre de la pigmentogénèse et qui conditionneraient l'achromie.

— Stokes pense également que l'origine de la dépigmentation résiderait dans le nævus central qui posséderait la propriété de détruire le pigment dans son entourage ou encore d'occasionner la disparition des mélanoblastes. Il fait cependant remarquer que les nævi pigmentaires ne jouissent pas seuls de cette propriété. Elle peut se rencontrer également dans d'autres lésions cutanées.

— Weber croit que le *leucoderma acquisitum centrifugum* est une simple manifestation de vitiligo banal. Le nævus pigmenté constituerait un appel latent pour le vitiligo. Se basant sur cette théorie il établit une loi qu'il intitula : « Loi sur la distribution des zones dépigmentées quand elles se surajoutent à des nævi pigmentaires. » Et il prétendit que, lorsqu'un vitiligo d'origine inconnue survient chez un sujet, il a tendance à se localiser autour des nævi pigmentaires que le sujet peut présenter.

Cette théorie a été réfutée par la suite. Weber suppose, en effet, pour expliquer l'apparition d'un élément de *leucoderma* que le nævus préexiste. Or, nous savons que nævus et achromie peuvent apparaître en même temps, que l'achromie peut même précéder le nævus. D'autre part, il ne manque pas d'observations de vitiligo chez des sujets porteurs de nævi dont aucun ne s'entoure de vitiligo.

— Klippel et Mathieu-Pierre Weil ont suggéré une autre hypothèse pour expliquer l'apparition des éléments de *leucoderma*. Ils rattachent l'apparition du *nævus* et de l'achromie à une même origine nerveuse tronculaire, radiculaire ou même centrale. Ils se basent pour établir leur théorie sur les observations de vitiligo ou de *nævi* à topographie myélo-névro ou radiculo-métamérique et pensent qu'une même lésion nerveuse peut provoquer l'association de ces deux affections.

D'autres auteurs, en particulier Sasamoto et Pawlow, se sont également ralliés à cette théorie nerveuse. Ce dernier auteur a présenté à l'appui de cette théorie une observation où l'on voit un élément de *leucoderma* apparaître au niveau du sourcil à la suite d'une névrite traumatique du nerf sus-orbitaire (Observation V).

Enfin, le professeur Gougerot s'est demandé si cette dyspigmentogénèse apparaissait d'emblée ou si elle ne succédait pas à une lésion prévilitigineuse macroscopiquement ou microscopiquement visible. Cet érythème prévilitigineux que Milian a décrit autour des taches de vitiligo est bien connu. Par contre, dans la maladie de Sutton, seule la première observation de Pawlow signale une telle bordure érythémateuse autour d'un élément. Dans toutes les autres observations la peau limitant l'achromie présentait cliniquement et histologiquement des caractères absolument normaux.

Pour intéressantes qu'elles soient, ces diverses théories n'ont pas encore reçu de confirmation, et demeurent dans le cadre de simples hypothèses. Et de même que nous ignorons les phénomènes généraux qui conditionnent l'apparition de la maladie de Sutton, le caractère exact des manifestations dyschromiques qui la constituent reste encore très obscur.

Le *nævus* central se présente cliniquement et histologiquement comme un *nævus* pigmentaire banal. Cependant, nous voyons dans presque toutes les observations que si certains *nævi* s'entourent d'une auréole achromique, d'autres, par contre, demeurent indemnes et non modifiés pendant toute la

durée de l'évolution de la maladie, d'autres encore peuvent grossir et se modifier mais sans pour cela s'entourer d'un halo dépigmenté. Il est dans ces conditions difficile d'admettre que ces diverses catégories de nævi sont absolument identiques. Il semble, au contraire, logique de penser qu'un facteur inconnu organique ou étiologique distingue le nævus central du *leucoderma* des nævi banaux, évolutifs ou non. Cela rendrait compte des erreurs de la loi de Weber. Dans les manifestations dyschromiques de l'affection, certains nævi demeurent indifférents et pour ainsi dire en dehors de la maladie, d'autres doués par une cause inconnue de propriétés spéciales s'associent aux troubles achromiques.

Une de nos observations (Observation XV) met bien en évidence l'existence de ces deux variétés de nævi. Chez ce malade, nous voyons en effet dans la région dorsale deux nævi. L'un, relativement volumineux, existe depuis toujours. L'autre, situé à un centimètre environ au-dessous du premier, est beaucoup plus petit et d'apparition récente. Seul ce dernier est entouré d'une auréole dépigmentée dont le bord supérieur vient effleurer le premier nævus. Il est curieux de remarquer qu'au niveau de ce point de contact, la courbe de la tache achromique demeure absolument régulière et comme tracée au compas. Il est ainsi manifeste que le premier nævus qui est cependant le plus important demeure absolument sans influence sur la formation de la tache achromique.

Nos connaissances sur la nature de la dépigmentation au niveau de l'auréole du *leucoderma* ne sont pas plus précises. Il nous est impossible de déterminer si le *leucoderma acquisitum centrifugum* et le vitiligo possèdent une pathogénie distincte ou identique.

Il est vraisemblable que dans ces deux affections la disparition du pigment obéit à des phénomènes physiques chimiques ou biologiques identiques, mais que dans le cas du *leucoderma*, un facteur supplémentaire viendrait régir la localisation et la topographie de l'achromie. Reste à savoir ce que l'on peut invoquer comme facteur localisateur.

— Von Poor pense que le *nævus* est l'élément essentiel et que c'est sa présence qui, par une sorte de réflexe, provoquerait l'achromie. Comment alors expliquer l'apparition secondaire du *nævus* au milieu d'une tache leucodermique ? Il faudrait admettre dans ces cas l'existence de *nævi* invisibles. Les expériences tentées à la lumière de Wood ont confirmé, il est vrai, dans certains cas, leur existence. Et de toutes façons, il n'est pas interdit de penser que ce n'est pas forcément le pigment qui confère au *nævus* ses propriétés spéciales et qu'il peut exister des amas latents de cellules *næviques* qui ne se transformeront qu'ultérieurement en *nævus* pigmentaire.

Mais si certains auteurs, pour expliquer l'apparition de l'achromie, accordent un rôle prépondérant au *nævus* central, il est également possible de supposer que les deux constituants de l'élément de *leucoderma* sont la conséquence d'une cause commune. C'est ce que soutiennent les partisans de la théorie nerveuse. Que l'on admette cette théorie nerveuse ou que l'on fasse appel à un facteur étiologique commun inconnu, l'auréole achromique n'est plus alors sous la dépendance de la formation centrale et les évolutions décalées ou dissociées que l'on observe assez souvent, s'expliquent plus facilement.

Au cours des essais de traitement par la destruction du *nævus* central on n'a jamais observé de modification de l'achromie. Ce fait peut sembler à première vue une preuve de l'indépendance de l'achromie vis-à-vis du *nævus*. Il faut cependant remarquer que cette intervention n'a été pratiquée que sur des éléments anciens qui, vraisemblablement, n'évoluaient plus et pouvaient être considérés comme stabilisés. Il était donc normal qu'elle n'ait pas eu d'influence sur un trouble pigmentaire qui, d'une façon générale, est définitif et non régressif. Il serait intéressant de tenter la même intervention sur des éléments jeunes en pleine période d'accroissement. Dans ces conditions, la persistance de l'accroissement de l'auréole achromique malgré l'ablation du *nævus* serait très en faveur de l'existence d'une cause commune régissant à distance l'évolution du *nævus* et de l'achromie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie de Sutton ne nous retiendra pas longtemps. La seule difficulté consiste généralement à faire la distinction entre *leucoderma acquisitum centrifugum* et vitiligo périnævique, et nous avons longuement, au cours des chapitres précédents, passé en revue les caractères qui séparaient ces deux affections. Nous préciserons encore une fois cependant que cette distinction est purement clinique et que notre ignorance de l'étiologie et de la pathogénie de ces deux groupes de manifestations ne permet pas de les rattacher avec certitude à des processus pathologiques distincts.

Exceptionnellement il y aura lieu de distinguer la maladie de Sutton du *nævus anemicus* de Woerner, lorsque celui-ci, ainsi qu'on l'a signalé quelquefois, présente également en son centre un *nævus pigmentaire*. La présence fréquente d'une couronne de télangiectasies et surtout la disparition à la vitropression de la différence de teinte entre la peau décolorée et la peau saine, feront faire le diagnostic. Celui-ci sera confirmé du reste par l'étude des troubles circulatoires au niveau de la zone décolorée, en particulier par l'impossibilité d'y provoquer un érythème par des agents rubéfiants physiques ou chimiques.

Enfin, les formes cliniques spéciales centrées par d'autres formations qu'un *nævus pigmentaire* devront être distinguées des achromies cicatricielles succédant à des manifestations régressives. C'est ainsi qu'il ne faut pas confondre le *leucoderma acquisitum centrifugum* centré par un élément de psoriasis et la cicatrice achromique que le psoriasis peut laisser lorsqu'il est en voie de régression. Von Poor a bien précisé les caractères différentiels de ces deux processus. Dans le premier cas, l'auréole apparaît autour de l'élément central alors que celui-ci est en voie d'accroissement. Dans le second cas, au contraire, la dépigmentation apparaît à la période de régression et ne frappe que la région de la peau qui avait été atteinte précédemment par la dermatose.

TRAITEMENT

Jusqu'ici les différents essais de traitement qui ont été tentés, sont restés sans succès.

Les traitements antisyphilitiques institués lorsque les réactions sérologiques étaient positives ou encore chez des sujets qui présentaient des stigmates d'hérédo-syphilis n'ont absolument pas modifié l'aspect clinique des lésions dyschromiques ni même entravé leur développement.

Les thérapeutiques locales ont également échoué.

L'ablation du nævus central par électrocoagulation a été pratiquée par plusieurs auteurs sans amener la moindre modification de la tache achromique.

L'irradiation des éléments par rayons ultra-violets après friction à l'essence de Bergamote selon la technique d'Uhlmann qui, dans le vitiligo donne des résultats tout au moins partiels, semble dans le *leucoderma*, n'avoir aucune action et ne provoque même pas d'ébauche de repigmentation (Mori, Szentkiraly).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Sutton)

Récemment, j'ai rencontré deux cas de vitiligo qui présentaient quelques traits peu ordinaires à la fois cliniquement et histologiquement.

La première malade était une femme de 22 ans qui me fut adressée par le docteur T.-I. Beattie, de Kansas City, en octobre 1915. Ses antécédents personnels et familiaux étaient négatifs. Elle présentait une simple lésion, ronde, localisée sur la joue droite. La tache mesurait un peu plus de 2 cm. de diamètre et existait depuis trois mois. Il n'y avait aucun antécédent de traumatisme. Exactement au centre de la tache se trouvait une maculo-papule minuscule, ronde, légèrement surélevée, brune, qui ressemblait en quelque sorte à un petit nævus pigmentaire mais qui n'existait, au dire de la malade, que depuis le début de la maladie. L'auréole hyperpigmentée communément trouvée dans le vitiligo était absente. La lésion s'était développée lentement et n'avait jamais donné lieu à des symptômes subjectifs d'aucune sorte. La malade était quelque peu susceptible en ce qui concernait sa tache disgracieuse, et refusait d'être photographiée. La permission d'effectuer une biopsie fut également refusée.

Une solution à 1 % de chlorure mercurique dans un mélange d'eau et d'alcool fut prescrite en application fréquente à la fois sur la portion centrale et la partie marginale de la tache.

Peu après la jeune femme partit pour la Californie du Sud et je n'eus plus aucune occasion d'étudier le cas.

La seconde malade était une écolière de seize ans qui me fut envoyée par le docteur W.-F. Fairbanks, de Kansas City, en 1915. L'affection était apparue pour la première fois trois

ans auparavant, mais les premières taches qui étaient localisées sur le côté droit du front, avaient retrouvé graduellement leur couleur normale et, au moment de la consultation, étaient à peine visibles. Une autre petite tache dans la région claviculaire gauche était aussi faiblement marquée. Deux autres lésions, respectivement dans les régions scapulaires droite et gauche avaient peu changé cependant, depuis qu'elles avaient atteint leurs dimensions actuelles, et se détachaient nettement comme des plaques neigeuses, ovales, avec des bordures normalement pigmentées. Le centre de chaque tache était marqué par la présence d'une maculo-papule, petite, ronde, et brune.

La mère de la malade déclara que les lésions avaient commencé par des points brunâtres minuscules qui étaient d'ordinaire suffisamment saillants pour être sensibles au toucher. Il n'y avait aucun antécédent de traumatisme ou de nævi préexistants. Les antécédents familiaux étaient négatifs. Un examen soigneux de la malade ne révéla rien d'anormal. Il n'y avait pas de réaction à la tuberculine et les essais de Wassermann et de luétine furent négatifs.

Une seule biopsie fut pratiquée. La mère me promit davantage pour la suite et pour cette raison les plus simples méthodes de coloration furent employées pour la préparation des spécimens obtenus. Malheureusement, la petite malade se montra plus réfractaire que la mère et jusqu'à présent la permission d'accomplir une seconde biopsie a été refusée.

Histopathologie : La couche cornée était légèrement épaissie et parakératosique. Les couches malpighiennes étaient accrues en profondeur et les cellules basales montraient des signes d'active prolifération. L'épiderme contenait de grandes quantités de pigment. Les papilles étaient hypertrophiées et en quelque sorte gonflées. Les vaisseaux sanguins intra-papillaires étaient très augmentés en taille et il y avait plus ou moins d'infiltration périvasculaire, principalement par des petites cellules rondes d'aspect, dans toute la région supérieure du derme. Les canaux lymphatiques étaient aussi très dilatés. Le changement le plus frappant, cependant, était la présence,

dans tout le chorion et spécialement dans les espaces situés sous la zone inflammatoire, de masses de tissu d'origine endothéliale qui se teintaient profondément avec les colorants basiques. Les régions périvasculaires étaient les plus riches en cette matière nouvellement déposée mais peu d'endroits dans la région sous-papillaire étaient entièrement exempts. Aucun pigment n'était trouvé dans le derme. Les glandes de la peau n'étaient pas affectées apparemment. Les fibres élastiques, particulièrement celles de la région papillaire étaient plus courtes, plus droites et moins profondément teintées que celles d'un tissu normal.

Le second cas décrit ici a maintenant été observé pendant plus d'un an et pendant ce temps l'apparence des lésions a peu changé, en dépit de l'emploi fréquent des irritants variés chimiques et actiniques, employés pour hâter la formation du pigment.

OBSERVATION II (Rostemberg) Résumée

Une jeune fille de 13 ans, sans antécédents particuliers, fit une scarlatine en janvier 1926. Peu après, elle présentait une première lésion sur le front, et peu à peu huit taches se développèrent sur la face et sur le cou. Elle n'avait jamais présenté antérieurement de grains de beauté ni de pigmentation d'aucune sorte. Les taches dépigmentées avaient de 1 à 5 cm. de diamètre. Elles étaient absolument rondes ou légèrement ovalaires. Leur coloration était semblable à celle du vitiligo mais on ne voyait pas d'hyperpigmentation à leur périphérie. Exactement au centre de chaque tache se trouvait une petite maculo papule arrondie, brune, qui ressemblait à un petit naevus pigmentaire. Il n'y avait aucun symptôme subjectif.

La malade déclara que chaque lésion débutait par un petit point central autour duquel la peau se décolorait. Les éléments avaient atteint leur taille actuelle en quelques semaines. Quelques-unes des lésions, en particulier les plus petites, avaient disparu spontanément sans laisser de traces.

OBSERVATION III (Personnelle)

U... Paul, âgé de 36 ans, venait consulter pour gale. Il présentait de nombreux nævi pigmentaires disséminés sur le corps, en particulier sur le tronc, le cou et les bras. Ces nævi étaient plans ou papuleux. Quelques-uns étaient des nævi pilaires. Leur taille variait entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un petit pois. Un peu au-dessus de l'ombilic se trouvait un *molluscum pendulum* de la taille d'une cerise. Le malade ne pouvait préciser la date d'apparition de cette formation, pas plus du reste que celle des nævi.

A droite de l'ombilic se trouvait un petit nævus pigmentaire plan, punctiforme, entouré d'une auréole dépigmentée, circulaire, bien délimitée, de 2 cm. de diamètre. Il n'existait aucune hyperpigmentation périphérique. Cet élément était d'apparition récente et n'avait attiré l'attention du malade que depuis quelques mois.

L'examen clinique était entièrement négatif.

OBSERVATION IV (Matras) Résumée.

Un jeune homme de 21 ans, qui présentait depuis l'enfance de nombreux nævi pigmentaires, a vu apparaître ces trois dernières années des taches blanches autour de certains nævi.

On observe sur tout le corps des taches pigmentées de coloration brune plus ou moins foncée et dont la dimension varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Quelques éléments sont papuleux.

Sur la partie supérieure du tronc on remarque des taches dont les plus grandes ne dépassent pas la dimension de l'ongle du petit doigt, circulaires ou ovales, bien limitées, de la blancheur de l'albâtre. La plupart de ces taches semblent disposées en bande. Elles sont toutes centrées par une papule pigmentée. Cependant, les papules qui se trouvent au centre des taches décolorées sont plus pâles que celles qui ne sont pas entourées d'une zone achromique.

Dans la région temporale droite, et temporo-occipitale gauche certains éléments avec nævus central sont recouverts de cheveux blancs.

Il n'existe pas de taches de véritable vitiligo.

OBSERVATION V (Pawlow)

K..., un homme de 22 ans est venu consulter le 12 octobre 1930 à l'occasion d'une tache blanche apparue sur le sourcil droit. Au mois de juillet de cette année, ce jeune homme, se baignant en rivière, a heurté une pierre en plongeant. Il présenta sur le côté droit du front une plaie qui guérit en deux semaines en laissant une légère cicatrice. Peu après, le malade ressentit de petites douleurs névralgiques partant de la cicatrice et irradiant jusqu'au sourcil. Au mois d'août, un peu plus de trois semaines après la blessure, il remarqua qu'un petit nævus pigmenté, de la dimension d'un grain de millet qu'il avait de naissance au niveau du sourcil droit, commençait à grossir. Peu après, une tache blanche se forma autour de celui-ci et atteignit progressivement la dimension actuelle.

Examen : Sur le sourcil droit on voit une tache dépigmentée, blanche, ronde, de la dimension d'une pièce de 20 pfennigs sans auréole hyperpigmentée. Dans la région où la tache envahit le sourcil les poils sont blancs. Dans le milieu de la tache se trouve une papule pigmentée. A 3 cm. au-dessus de la tache il y a une petite cicatrice en forme de ligne courbe. La région comprise entre la cicatrice et le sourcil, y compris la tache blanche, présente de l'hyperesthésie. (Sensibilité accentuée au tact et à la douleur.) Sur le restant de la peau, on ne constate aucune modification. Rien de spécial à l'examen viscéral. Examen neurologique négatif.

Le traitement par les courants d'Arsonval, et par irradiation à la lampe de quartz calma les douleurs et fit disparaître l'hyperesthésie. Mais la tache blanche demeura inchangée.

OBSERVATION VI (Gougerot et Carteaud) Résumée en partie

La malade n° 117.396, Mme M..., âgée de 32 ans, dactylographe, consulte au Dispensaire le 22 juin 1934 pour un petit lupus tuberculeux du mollet gauche, on découvre l'existence de plusieurs nævi pigmentaires entourés d'une plage achromique plus ou moins grande.

— Au-dessus et en dehors du mamelon droit, un petit nævus pigmentaire de 2 mm. de diamètre occupant exactement le centre d'une tache achromique de 40 mm. de diamètre.

— Le long du bord inférieur du faisceau huméral du grand pectoral, un nævus ovalaire de 3 mm. sur 4 mm. occupant le centre d'une tache achromique de 7 mm. de diamètre.

— Au sommet de l'aisselle, deux autres petits nævi disposés de façon analogue au centre d'une petite plage dépigmentée.

— A la base de l'aisselle, un nævus de 1 mm. centrante une tache blanche de 6 mm.

— En arrière, à la pointe de l'omoplate, un nævus de 4 mm. sur 5 mm., centrante une plage achromique de 23 mm. sur 20 mm.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité subjective et objective au niveau des plages achromiques.

L'examen complet de la malade ne révèle aucune affection digne d'être retenue si ce n'est un nervosisme assez marqué. Les réactions sérologiques sont complètement négatives.

Deux constatations curieuses ont été faites par la malade :

— Elle a remarqué que le nævus sus-mamelonnaire a progressivement diminué de volume au fur et à mesure que se formait la tache blanche achromique l'entourant.

— Les plages achromiques sont apparues il y a trois ans coïncidant avec une congestion pulmonaire droite. (A remarquer que tous les nævi siègent du côté droit du thorax.) Au

début, les plages dépigmentées étaient de faible diamètre, puis insensiblement, elles se sont agrandies en « taches d'huile ».

OBSERVATION VII (Klippel et Mathieu-Pierre Weil)

K..., 27 ans, entre le 16 septembre 1914 à l'hôpital Tenon, salle Gérando, n° 19 bis, pour une tuberculose pulmonaire ulcérocaséeuse au stade de ramollissement. L'examen révèle, en dehors des lésions pulmonaires, l'existence d'un *nævus* vitiligo à la face latérale gauche de la région du cou.

Le placard vitiligineux commence immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille gauche au niveau de la région parotidienne, occupant une largeur de 4 cm. environ, empiétant légèrement sur le cuir chevelu immédiatement en arrière de la partie supérieure de la branche ascendante du maxillaire inférieur, la touffe de cheveux voisine étant grisâtre par l'abondance des cheveux blanchis. De là, le vitiligo gagne, en s'élargissant, l'angle du maxillaire inférieur où il occupe une zone de 7 cm. de largeur environ. A ce niveau, il se divise en une portion antérieure et une portion postérieure. La branche antérieure gagne horizontalement la commissure labiale gauche, s'étendant sous forme de placard de 3 cm. en moyenne dont la limite supérieure suit approximativement le bord supérieur de la mâchoire inférieure et la limite inférieure, le bord inférieur du maxillaire, jusqu'à 7 cm. environ de l'angle postérieur de cet os où il se redresse pour atteindre la commissure labiale. La branche postérieure descend obliquement en bas et en dehors vers la clavicule et l'épaule, son bord antérieur croisant le muscle sternocléido-mastoïdien à sa partie moyenne, la clavicule à 2 cm. de son extrémité sternale, puis empiétant sur le thorax pour y décrire un arc à concavité supérieure et atteindre la région antérieure de l'aisselle et l'acromion, où il vient rejoindre le bord postérieur du placard qui a décrit une courbe à concavité supérieure dont le point déclive descend jusqu'à 5 cm. de la clavicule. Le placard viti-

ligineux est nettement limité dans sa portion supérieure ; ses contours s'estompent au fur et à mesure qu'on l'envisage en un point plus bas situé. Sur cette large zone de vitiligo un nævus s'est développé. Les taches rouges vineuses un peu brunâtres du nævus forment deux groupes principaux, un sous l'oreille, un autre dans la région commissurale et des groupes accessoires à contours moins nettement tracés.

Un autre placard de nævus vitiligo siège au niveau de la partie postérieure du cou, en une zone bien limitée, elliptique, d'une largeur de 2 cm. à 2 cm. 5, d'une longueur de 4 à 5 cm., qui, partant de la ligne médiane, monte obliquement en haut et en dehors jusqu'au cuir chevelu qu'elle atteint en haut et qui est grisonnant en ce point. La plaque vitiligineuse est parsemée de taches næviques.

Le nævus vitiligo de la face latérale de la région cervico-faciale s'étend d'une manière radiculo-métamérique sur le territoire de la III^e cervicale ; celui de la face postérieure du cou sur le territoire des rameaux perforants de la branche postérieure de la III^e racine cervicale.

OBSERVATION VIII (Montpellier et Lacroix)

K... Ch..., Kabyle, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital pour ostéopériostite gommeuse des tibias (syphilis acquise).

Il présente à deux travers de doigts au-dessous et en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, un nævus pigmentaire saillant, de la dimension d'une petite lentille.

Tout autour, un halo décoloré tranche nettement sur la peau bronzée du sujet. Cette zone dépigmentée présente le diamètre d'une pièce de un franc ; mais elle est oblongue, à grand axe disposé suivant la direction costale. Ses limites sont à voir de très près et à la loupe, plutôt floues, sans bordure hyperchromique. Mise à part cette décoloration, d'ailleurs non absolue, la peau présente à ce niveau ses caractères normaux. Le réflexe pilo-moteur peut y être provoqué.

Naturellement, le malade ignore la date d'apparition de ce nævus.

A quelque 15 cm. plus bas, on note une macule dépigmentée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; orbiculaire, non cicatricielle macroscopiquement et sans bordure hyperchromique nette.

Le malade présente, en outre, disséminés sur le tronc, quelques nævi, également pigmentaires, saillants ou lisses.

OBSERVATION IX (Personnelle)

S... Alice, âgée de 12 ans, est venue en septembre 1944 consulter à l'hôpital Saint-Louis pour des troubles dyschromiques. La mère de la malade a remarqué l'apparition, vers l'âge de un an, de petites taches blanches sur la face externe de la cuisse droite. Elles augmentèrent progressivement en nombre et en taille, tendant à devenir confluentes. Peu après, apparurent de nouvelles taches décolorées centrées par un nævus pigmentaire qui apparaissait en même temps que l'achromie.

Actuellement, on observe, disséminés sur les téguments, trois sortes de lésions :

1° Des nævi pigmentaires :

Au nombre de 6 ou 7, plans ou papuleux, ne dépassant pas les dimensions d'une tête d'épingle. Ils sont disséminés sur le visage et sur la face antérieure du cou. La mère affirme que la petite malade présente ces nævi depuis la naissance.

2° Des taches achromiques :

— A la face externe de la cuisse droite et sur la fesse, là où sont apparues les premières lésions, on remarque 8 taches de taille variable (la plus grande, ovale, mesure 4 cm. sur 2 cm.) de contours irréguliers, avec une bordure hyperpigmentée plus ou moins nette.

— Sur la hanche gauche, se trouve un grand placard décoloré, mesurant environ 8 cm. sur 4 cm., à grand axe horizontal et dont les contours sont extrêmement irréguliers. On y voit également une légère bordure hyperchromique. Autour de ce placard, se trouvent une dizaine de petites taches achromiques, de quelques millimètres de diamètre, sans hyperpigmentation marginale.

— Dans la région lombaire, on voit 6 éléments décolorés dont le plus grand ne mesure pas plus de 2 cm. de diamètre. Leurs contours, grossièrement circulaires, ne présentent pas d'hyperpigmentation.

— On observe encore deux petites taches sans bordure hyperpigmentée, l'une à la base droite du thorax, sur la ligne axillaire, l'autre dans la région interscapulaire.

3° Des éléments leucopigmentaires :

— A l'extrémité interne de la clavicule droite se trouve un nævus pigmentaire papuleux de la dimension d'une tête d'épingle, centrante une auréole décolorée de 3 mm. de diamètre.

— On retrouve trois éléments analogues, l'un au-dessus du mamelon droit, l'autre dans la fosse sus-épineuse droite, un troisième sur la fesse gauche.

— Deux auréoles dépigmentées plus importantes, l'une de 1 cm de diamètre, l'autre de 2 cm., se trouvent respectivement à la pointe de l'omoplate droite et au niveau des dernières vertèbres dorsales. Toutes deux sont centrées par un nævus plan de la dimension d'une lentille.

Toutes ces auréoles achromiques sont exactement circulaires. Leur coloration blanche tranche nettement sur la peau saine voisine. On n'observe à leur pourtour aucune bordure hyperpigmentée.

Enfin, aux dires de la mère qui est affirmative sur ce point, ces nævi pigmentaires se sont entourés d'une auréole décolorée dès leur apparition.

Par ailleurs, l'examen complet s'est révélé négatif. Cette enfant présente un état général excellent. Très intelligente, elle tient toujours la tête de sa classe.

Nous avons examiné à la lumière de Wood ces diverses manifestations dyschromiques. Parmi les éléments leucopigmentaires certains perdent la netteté de leurs bords et présentent à ce niveau des fluorescences blanches, en fumée, qui envahissent la peau saine. En outre, la zone achromique qui, à la lumière du jour, paraissait entièrement décolorée, présente de légères marbrures pigmentées. D'autres éléments, par contre, ne présentent aucun caractère nouveau. Les taches achromiques simples présentent pour la plupart le même aspect qu'à la lumière ordinaire : l'irradiation par les rayons ultra-violet ne fait qu'accentuer les différences de coloration. Deux ou trois taches cependant présentent en leur centre de légères taches pigmentaires constituant une sorte de *nævus* totalement invisible à la lumière ordinaire.

Nous avons également pratiqué sur l'élément leucopigmentaire du milieu du dos, une épreuve de sudation par ionisation à la pilocarpine. L'ionisation provoque un érythème marqué. L'apparition des gouttelettes de sueur est observée par l'application sur la zone ionisée d'une mince feuille de papier de soie. La sécrétion sudorale est identique sur la peau saine et sur la peau décolorée.

Enfin, l'application d'une solution alcoolique d'éosine à 2 % ne montre aucune différence de résorption entre la peau saine et les diverses manifestations achromiques.

OBSERVATION X (Personnelle)

L... Claude, âgé de 59 ans, est venu consulter à l'hôpital Saint-Louis, au mois d'octobre 1944, pour un *eczéma séborrhéique*. Il avait, d'autre part, remarqué depuis de nombreuses

années, la présence au niveau du dos, de taches décolorées.

Il présente actuellement :

1° Quelques petits nævi pigmentaires plans ou papuleux, surtout nombreux au niveau du cou et de la partie supérieure du dos. Un élément beaucoup plus gros que les autres, mesurant 6 mm. de diamètre. papuleux, se trouve dans la région interscapulaire.

2° Au niveau de la région lombaire il présente trois taches de vitiligo dont la taille varie entre 3 et 8 cm. de diamètre. Les contours de ces taches sont irréguliers. Il existe chez toutes les trois une nette bordure hyperpigmentée.

3° A 10 cm. au-dessous du mamelon gauche on voit un petit nævus papuleux, peu pigmenté, de 1 mm. de diamètre, entouré d'une auréole dépigmentée de 2 cm. de diamètre. La tache achromique est régulièrement circulaire. Ses bords sont cependant légèrement flous. Il n'existe pas d'hyperpigmentation marginale.

Le malade ne peut préciser la date d'apparition de cette lésion.

Il n'existe aucun antécédent particulier.

L'examen clinique, hormis un petit placard d'eczéma séborrhéique situé dans la région sternale, est négatif.

OBSERVATION XI (Personnelle)

M... Fernand, âgé de 16 ans, vient consulter en septembre 1944 à l'hôpital Saint-Louis pour des taches dépigmentées du visage et du tronc.

En août 1943, il a remarqué la présence, à la pointe de l'omoplate droite, d'un nævus pigmentaire entouré d'une tache blanche. Peu après, deux lésions analogues sont apparues, l'une au-dessus du pubis, l'autre à droite de l'ombilic. Enfin, depuis un an, de nouveaux éléments ont fait leur apparition sur le tronc et sur le visage. Le malade signale que les

nævi et les taches dépigmentées étaient apparus en même temps. Au début, l'on voyait seulement un petit point pigmenté autour duquel la peau était plus pâle que normalement. L'élément central grossissait et devenait plus foncé cependant que la tache décolorée augmentait rapidement de diamètre. Quelques mois après leur apparition, les lésions semblaient ne plus faire de progrès, mais de nouveaux éléments apparaissaient et suivaient la même évolution.

En avril 1944 il consulte à l'hôpital Broussais. On pratique alors l'électrocoagulation des nævi centraux de quelques éléments. Il ne se produit aucune modification au niveau des taches achromiques correspondantes.

Actuellement, il présente les lésions suivantes :

1° Quelques nævi pigmentés disséminés sur le visage et sur le tronc. Le plus important, situé sur la joue gauche, est un nævus plan, très pigmenté, de coloration franchement noire, de 3 mm. de diamètre.

2° Des taches achromiques :

Elles sont au nombre de 8. Certaines sont arrondies, d'autres ont des contours plus irréguliers. La plus grande, située à la partie supérieure de la hanche droite mesure 5 cm. sur 2 cm. 1/2.

D'autres, de dimensions plus réduites, se trouvent dans la région scapulaire droite, à droite et en dessous de l'ombilic, au niveau de la racine du nez.

Une tache irrégulièrement arrondie de 4 cm. de diamètre environ se trouve au milieu des poils du pubis qui sont complètement décolorés sur toute la surface achromique.

Une autre, de 2 cm. de diamètre, est située au-dessus de l'oreille droite, empiétant sur le cuir chevelu qui présente à ce niveau une mèche blanche.

Enfin, deux taches ovalaires situées l'une dans la région iliaque droite, l'autre dans la région lombaire droite présentent une bordure hyperpigmentée nette.

3° Des éléments achromiques centrés par un nævus pigmentaire.

Dans la région scapulaire gauche, un nævus papuleux de 4 mm. de diamètre, centre une auréole de 1 cm.

Sur la poitrine, deux éléments sont centrés par un nævus de la dimension d'une tête d'épingle. Leurs dimensions respectives sont 0 cm. 5 et 1 cm.

Sur la fesse droite, un élément de 1 cm. 1/2 centré par un nævus punctiforme.

Sur l'abdomen, à droite de l'ombilic, un nævus papuleux de 2 mm. centre une tache irrégulièrement ovale de 6 cm. sur 3 cm.

Au niveau de la fosse iliaque droite un petit élément de 1 cm. de diamètre est centré par un nævus papuleux de 3 mm.

Sur la nuque, un élément de 1 cm. 1/2 est centré par un nævus papuleux de 4 mm.

Dans la région occipitale droite, on observe un élément de même dimension que le précédent avec canitie des cheveux implantés sur la zone décolorée.

Tous ces éléments, sauf le grand élément de l'abdomen, sont très exactement circulaires. Leurs contours sont nets et ne présentent pas de bordure hyperpigmentée.

On remarque, en outre, quatre taches rondes dépigmentées situées à la pointe de l'omoplate droite, sur la tempe droite, au-dessus de la racine du nez et au-dessus du mamelon droit, dont le diamètre varie de 1 à 2 cm. et qui correspondent aux éléments dont on a électrocoagulé le nævus central. Seul de ces éléments, celui qui se trouve situé au-dessus du mamelon droit présente une bordure hyperpigmentée très marquée.

Enfin, disséminés sur le front, le tronc et les bras, on remarque une dizaine d'éléments en voie de formation, qui ne se traduisent encore que par un petit point pigmenté presque imperceptible, autour duquel, sur une superficie de quelques millimètres la peau est légèrement décolorée.

L'examen général se révèle absolument négatif. Il n'existe aucun signe d'hérédo-syphilis. Les réactions de Wassermann, de Hecht et de Kahn pratiquées chez le malade et chez sa mère sont entièrement négatives.

Examinées à la lumière de Wood, les lésions présentent une vive fluorescence mais leurs bords sont nets. Certains éléments présentent cependant dans leur zone achromique quelques marbrures légèrement pigmentées. Les lésions en voie de formation apparaissent beaucoup plus nettement mais on ne peut déceler de lésions totalement invisibles à la lumière ordinaire.

L'ionisation à la pilocarpine pratiquée sur un élément n'a décelé aucun trouble de la sécrétion sudorale au niveau de la zone achromique.

Une solution alcoolique d'éosine à 2 % fut appliquée en badigeonnage à la fois sur la peau saine et sur des lésions leucopigmentaires. Aucune différence de résorption ne fut constatée.

Une biopsie a été pratiquée au niveau d'un élément, portant à la fois sur le nævus et sur la peau achromique. L'examen histologique fut effectué par le docteur Duperrat.

La biopsie montre un épiderme assez mince, qui présente une succession de petites saillies au niveau desquelles les prolongements interpapillaires sont longs et flexueux. A ce niveau on note, de la superficie vers la profondeur :

- 1° Plusieurs squames d'orthokératine ;
- 2° Une couche granuleuse plus fournie que normalement ;
- 3° Un corps muqueux d'apparence normale ;
- 4° Une basale remarquablement riche en pigment mélanique.

Le derme est occupé par plusieurs thèques de cellules næviques. Ces thèques sont bien limitées. Les cellules sont toutes pareilles les unes aux autres, sans monstruosité. Il n'y a pas de mitose. Quelques éléments cellulaires de la périphérie des thèques contiennent de la mélanine mais en très petite

quantité et beaucoup moins que les cellules de la basale de l'épiderme. Il n'y a pas de pigment dans les cellules intersticielles.

De part et d'autre de cette saillie nævique centrale, la basale épidermique cesse brusquement d'être pourvue de pigment et apparaît achromique sur une assez longue distance.

OBSERVATION XII (Degos et Garnier)

P... Marcel, 15 ans, vient consulter pour une série de taches achromiques apparues depuis deux ans. A l'examen, on constate sur la peau brune fortement pigmentée de ce jeune Italien, une cinquantaine de taches blanches achromiques de tailles très variées, les unes lenticulaires, les autres beaucoup plus grandes. Certaines ont des bords francs bien limités, d'autres des bords déchiquetés irréguliers. La plupart ont l'aspect d'un vitiligo banal avec un renforcement pigmentaire périphérique (c'est le cas pour la grande tache de la hanche droite) ; d'autres, au contraire, sont achromiques pures, d'un blanc porcelainé, sans modification de la peau périphérique. On note la symétrie de certains éléments, aux poignets par exemple.

Trois taches sont centrées par un nævus pigmentaire de la taille d'une très petite lentille.

1° Au-dessus de la hanche droite, une tache de 5 cm. sur 2 cm. de bords très nets avec un nævus central brunâtre.

2° A la face antérieure du cou, deux taches plus petites avec un nævus central brun noirâtre.

On note, en outre, d'assez nombreux nævi pigmentaires punctiformes de la face, du tronc...

Les taches blanches sont apparues il y a deux ans. Tous les nævi étaient préexistants aux dires du malade.

Rien de notable dans les antécédents personnels. Les parents du patient sont originaires de l'Italie du Nord : il a deux sœurs bien portantes. Un frère est mort en bas âge.

Personne dans sa famille ne présente de lésions semblables.

L'examen général est négatif. La sérologie révèle un Hecht négatif, un Levatidi négatif, mais la réaction de Kahn est positive (+ +). Les seuls signes d'hérédo-syphilis sont une axyphoïdie et une voûte palatine un peu ogivale.

Après trois injections de sulfarsénol à 0,12, 0,18, 0,24, la sérologie se montre entièrement négative (Kahn compris). On fait faire cependant une série de 16 injections de Bivatol qui n'ont pas modifié les lésions.

OBSERVATION XIII (von Poor)

B... M..., 33 ans, couturière, entre à l'hôpital pour blennorragie. A l'examen, on constate que sur la peau de la malade, de type créole, il existait de nombreux (plus de 20) *nævi* pigmentaires papuleux typiques de couleur rouge violacé, se détachant nettement de la peau sur laquelle ils étaient irrégulièrement parsemés. Leurs dimensions variaient de celles d'un petit pois à celles d'une noisette.

Dans ce tableau banal on remarquait qu'un grand nombre de ces *nævi* étaient entourés par un foyer rond ou elliptique de 2 à 3 cm. se détachant de la peau environnante par sa couleur blanche. Hormis cette différence de coloration, la zone achromique présentait les caractères de la peau saine.

Le *nævus* réside exactement au centre du foyer blanc. Le passage de cette dépigmentation à la couleur de la peau saine est graduel. Toutefois, il apparaît à la bordure du foyer dépigmenté une zone pigmentée plus foncée qu'aux autres territoires cutanés. Cette hyperpigmentation n'est pas aussi prononcée qu'elle l'est habituellement dans le vitiligo.

Des *nævus* plus petits présentent un foyer dépigmenté d'un diamètre inférieur et les tout petits sont entourés par de la peau de coloration normale.

L'évolution de l'affection montre que la zone dépigmentée ne commence à se former que lorsque le *nævus* a atteint une

certaine dimension (en particulier dans notre cas celle d'un petit pois) et que le diamètre du foyer dépigmenté est fonction de la dimension du nævus.

Il n'existe aucun trouble subjectif. La malade a constaté que ses lésions augmentent en nombre et en dimensions.

OBSERVATION XIV (Dracoulidès) Résumée

Il s'agit d'un jeune médecin qui, depuis deux ans, porte des taches de vitiligo sur le visage et sur le cou. Spontanément, sur l'une de celles-ci, située sur la région temporo-zygomatique droite, de dimension d'une pièce de 2 francs, est apparue, juste en son centre, une tache nævique pigmentaire. Ce nævus s'étendit rapidement et se fixa à la dimension d'une pièce de 50 centimes, tandis que sur une autre tache de vitiligo est apparu un nævus central lenticulaire. Deux autres taches de vitiligo sont restées indemnes de cette modification. Le confrère malade rattache l'apparition de ces nævi à une forte insolation, mais cette explication n'est point satisfaisante.

OBSERVATION XV (Personnelle)

T... Jean, âgé de 12 ans, d'origine espagnole, présente des manifestations dyschromiques qui ont été remarquées à l'occasion d'un examen fortuit.

Cet enfant présente de nombreux nævi pigmentaires disséminés sur tout le corps et dont la taille varie de 1 à 3 mm. Les uns sont plans, les autres papuleux.

Dans la région dorsale on remarque un nævus papuleux de 3 mm. de diamètre. Juste en dessous de lui se trouve un petit nævus pigmenté punctiforme entouré d'une auréole achromique circulaire de 2 cm. de diamètre. Le bord supérieur de cette auréole est juste au contact du gros nævus papuleux,

mais à ce niveau, le contour de la zone achromique garde toute sa régularité. Il n'existe pas de bordure hyperpigmentée.

Le jeune malade n'avait jamais remarqué cette lésion.

En outre, on constate que certains nævi punctiformes s'entourent d'une ébauche d'auréole décolorée.

L'examen clinique est négatif. Il n'existe pas de signes d'hérédo-syphilis. Il n'y a rien de particulier dans les antécédents personnels et familiaux de ce sujet.

CONCLUSIONS

La maladie décrite par Sutton sous le nom de *leucoderma acquisitum centrifugum* est une affection rare.

Elle se caractérise par la présence sur les téguments de taches achromiques circulaires ou légèrement ovalaires, sans bordure hyperpigmentée, exactement centrées par un *nævus pigmentaire*. Leur taille variable est de l'ordre de quelques centimètres de diamètre.

— Dans les cas typiques le *nævus pigmentaire* et l'auréole achromique apparaissent et se développent simultanément.

— Il existe des formes atypiques d'évolution :

1° Le *nævus central* est préexistant.

2° Le *nævus central* ne se développe que secondairement à l'achromie.

3° *Nævus* et achromie évoluent dans des sens opposés l'un croissant pendant que l'autre régresse.

— On peut rencontrer au centre de l'élément une formation différente du *nævus pigmentaire* (*Nævus vasculaire*, *psoriasis*, *verruë*, *molluscum pendulum*).

— Il existe également des formes associées au vitiligo constituant plus de la moitié des cas.

Le vitiligo périnævique se distingue cliniquement de la maladie de Sutton par :

— la taille souvent considérable et par les contours irréguliers de la tache achromique ;

— la présence d'une bordure hyperpigmentée ;

— l'absence de concordance entre le développement du *nævus* et celui de la tache achromique.

On peut considérer comme pathognomonique de la maladie de Sutton l'évolution spéciale que dans les cas typiques l'élément présente aux premiers stades de son évolution. Débutant par un minuscule point pigmenté entouré d'une minime ébauche d'auréole décolorée, l'élément parvient au stade adulte par accroissement régulier et synchrone du nævus et de l'achromie.

L'affection frappe surtout les sujets jeunes.

Son étiologie est inconnue.

Sa pathogénie est encore fort obscure. Il est vraisemblable que des conditions analogues président au départ du pigment dans le *leucoderma acquisitum centrifugum* et dans le vitiligo. Dans le premier cas, cependant, un facteur localisateur spécial doit intervenir. Ce facteur ne réside pas forcément dans le nævus central. Il est plus probable qu'une cause commune, nerveuse peut-être, régisse à distance le nævus et l'achromie.

Vu : *Le Président de Thèse,*

GOUGEROT.

Vu : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS. — Leucoderma acquisitum centrifugum. in : *Arch. of Derm.*, 1933, 27, p. 881.
- BEEK. — Vitiligo mit zentraler Tuberculosis verrucosa. in : *Derm. Zeitschrift*, 1936, 73, p. 46.
- BEZECNY. — Pigmentnævi mit Suttonschen Ringen und vitiligo. in : *Derm. Wochenschrift*, 1938, 107, p. 1025.
- BIRGER. — Nævus pilaire entouré d'une zone dépigmentée, *Soc. de Derm.* Stockholm, 13 mars 1913.
- BLOOM. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Arch. of Derm.* 1940, 41, p. 771.
- BLOEMEN. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Derm. Wochenschrift* 1936, 102, p. 661.
- BUNCH. — White spot disease and vitiligo. *Brit. J. of Derm.*, 1918, 30, pp. 203-204. — Vitiligo patches with central pigmented mole. *Proc. Roy. Soc. Med. sect. childr. Dis.*, 1918, p. 18. — Vitiligo with central pigmented moles. *Proc. Roy. Soc. Med. sect. Derm.*, 1920, p. 148.
- BRAUER. — *Zbl. Hautkrkh.*, 52, p. 627.
- BRUNAUER. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Derm. Wochenschrift*, 1935, 100, p. 717.
- CASSELBERRY. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1924, 10, p. 347.
- CORDIVIOLA. — Vitiligo perinevico. *Rev. Argentina de Dermosifil*, septembre 1933.
- CORRICCIATI. — Suela vitiligine perinevica. *Il Dermosifilografo*, 1939, 14, p. 170-172.
- CRAWFORD. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1924, 9, p. 394. — Vitiligo with central pigment nevus. in : *Arch. of Derm.*, 1932, 25, p. 184.
- DEGOS et GARNIER. — Nævi achromiques et vitiligo (Maladie de Sutton). *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1942, p. 486.
- DOHI. — *Jap. J. of Derm.*, 37, p. 140.
- DORÉ. — Leucoderma and melanoderma. *Proc. Roy. Soc. Med. sect. Derm.*, juin 1925, p. 69.
- DORFFEL. — in : *Derm. Wochenschrift*, 1942, 114, p. 181.
- DRACOUIDES. — Apparition spontanée d'un nævus pigmentaire au centre d'une tache préexistante de vitiligo. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1939, 46, p. 736.

- EHRMANN. — *Handbuch der Hautkrankheiten Pigmentanomalien*, p. 770.
- FELDMAN. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1936, 33, p. 376.
- FELDMAN et LASHINSKI. — Halo nevus. Leuc. acq. centr. *Arch. of Derm.*, 1936, 34, pp. 590-604.
- FUKUDA. — *Jap. J. of Derm.*, 47, p. 79.
- GOEDHART. — Vitiligo und Pigmentnævi. *Niederl. Derm. ver. igg. Gravenhoge*, 18 novembre 1928. *Nederl. Tijdschr. Geneesk*, 1929, 1, p. 1547.
- GOUGEROT, BLUM et GANOT. — Vitiligo avec nævus papuleux pigmenté central. *Arch. Derm. syph. Hôpital St-Louis*, 1932, p. 408. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1931, p. 1461.
- GOUGEROT et CARTEAUD. — Maladie de Sutton avec régression d'un nævus pigmentaire pendant l'accroissement de l'achromie. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1934, p. 1526. — Maladie de Sutton, vitiligo, nævi pigmentés associés chez un même malade. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1940, p. 308.
- GUEQUIERRE et FREEMAN. — Alopecia Universalis and Leucoderma acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1938, 38, p. 263.
- GRAHAM. — *Proc. Roy. Soc. Med. sect. Derm.*, 1921, 14, p. 42.
- HABERMANN. — Acrodermatitis atrophicans einseitig handschuhförmig angeordnet. Vitiligo, Suttonsche Dermatoze. in : *Derm. Wochenschrift*, 1930, 90, p. 352.
- HAMANN. — Leuc. acq. centr. (Sutton) Als Teilerscheinung einer vitiligo. *Derm. Wochenschrift*, 1941, 113, pp. 941-944.
- HEBRA et KAPOSI. — *Diseases of the skin* (London 1874), 3, p. 180.
- HIGUTI et BOKU. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *Hihuto Hitunyo*, 1940, 8, p. 34.
- HUBSCHMANN. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Derm. Wochenschrift*, 1935, 101, p. 1607.
- IMMEL. — *Derm. Wochenschrift*, 1942, 115, p. 722.
- JOHN. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Derm. Wochenschrift*, 1936, 103, p. 1242.
- JUON. — XXIV^e session de la Soc. Suisse de Derm., Lucerne, 13-14 juin 1942.
- KATSUYA. — *Jap. J. of Derm.*, 46, p. 68.
- KELLY. — Leuc. acq. centr. of Sutton. in : *Arch. of Derm.*, 1938, 38, p. 455.
- KLEIN. — Leuc. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1922, 5, p. 680.
- KLIFFEL et M.-P. WEILL. — Vitiligo métamérique et nævus vitiligo. *Revue de Neurologie*, 1920, p. 804. — De la distribution radiculaire du nævus et du vitiligo. *Presse Médicale*, 6 mai 1922, p. 388.

- KODAMA. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1939, 45, p. 116.
- KRÄNTZ. — *Zbl. Hautkrkh.*, 1924, 16, p. 872.
- KRISTJANSEN. — Leuc. acq. centr. Sutton Krankheit. *Dansk Dermatologisk Selskab's Forhandlingar*, 3 novembre 1926.
- LANCELLOTTI. — Vitiligo perinevica. *Atti della Soc. Italiana di Derm. e Sifil.*, 1940, p. 776.
- LESZCZYNSKI. — Ueber Suttonsche Krankheit. Leuc. acq. centr. *Derm. Wochenschrift*, 1926, 82, pp. 575-578.
- LOOS. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *Derm. Zeitschrift*, 1934, 69, p. 254 ; 1935, 71, p. 276.
- LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et CAILLIAU. — Vitiligo périnaëvique. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1932, p. 398.
- MATRÁS. — Leuc. acq. centr. (Suttonsche Krankheit). in : *Derm. Wochenschrift*, 1942, 114, p. 445.
- MEIROWSKY. — *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, IV, 2, pp. 1000-1009. — Vitiligo und nævus. *Kölner Dermatologische Gesellschaft*, 27 juin 1928. in *Derm. Zeitschrift*, 1928, 54, p. 279.
- MGBROW et BRODSKY. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *Roussky Vestnik Dermatologii*, 1929, 7, pp. 338-345.
- MONTPELLIER. — Vitiligo à début périnaëvique. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1922, p. 81.
- MONTPELLIER et LACROIX. — Nævus leucopigmentaire et vitiligo périnaëvique. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1923, p. 371.
- MORI. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *Jap. J. of Derm.*, 1934, 35, p. 633.
- NÄDEL. — Morbus Sutton (Leuc. acq. centr.). *Lemberg dermat. Ges.*, 10 novembre 1927 ; *Zbl. Hautkrkh.*, 26, p. 472.
- NARDUCCI. — Sul neo leucopigmentario et sulla vitiligine perinevica. *Arch. Ital. di Derm.*, 1925, 1, p. 271.
- NETHERTON et CURTIS. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1939, 39, p. 163.
- NILES. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1941, 43, p. 257.
- OBERMAYER. — Leuc. acq. centr. and vitiligo in a patient with Addison's disease. in : *Arch. of Derm.*, 1937, 35, p. 326.
- PASSANO. — Vitiligo perinevico. *Rev. Argentina de Dermatosisifil.*, 1937, 21, p. 169.
- PAWLOW. — Ueber Suttonsche Krankheit und vitiligo. *Acta Dermat. venereol.*, 1933, 14, pp. 255-256.
- PETGES. — Nævus achromique (ou vitiligo périnaëvique). *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1921, p. 302.
- POOR. — Ueber Leuc. acq. centr. (Sutton). *Derm. Wochenschrift*, 1925, 80, pp. 401-405. — Premier cas de leuc. acq. centr. (Sutton) en Europe. *Orvosi Hetilap.*, 1925, 69, p. 41.

- POPOFF. — Fall von Leuc. acq. centr. (Sutton). *Bulg. dermat. Ges. Sofia*, 11 décembre 1926 ; *Clin. Bulgara*, 1928, 1, p. 73.
- RABUT. — Pelade vitiligo et nævi. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1923, p. 37.
- REJTÖ. — Beobachtung eines Leucoderma acq. centr. in der Umgebung von verrucae seniles. *Orvosi Hetilap*, 1925, 69, p. 1115.
- RICHTER. — Ueber Leuc. acq. centr. (Sutton). *Derm. Wochenschrift*, 1934, 98, pp. 669-672.
- RIEHL (Jun). — Vitiligo und Morbus Sutton kombiniert mit Alopecia areata. in : *Derm. Wochenschrift*, 1935, 101, p. 1330.
- ROBINSON. — Leuc. acq. centr. in association with lichen planus. *Arch. of Derm.*, 1938, 38, pp. 200-202.
- ROLLESTON'S. — Jundice with Area of unpigmented skin. *Proc. Roy. Soc. Med. Clin. sect.*, 1910, 3, p. 195.
- ROSENTHAL. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Arch. of Derm.*, 1934, 29, p. 140.
- ROSTENBERG. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *N.Y. Acad. Med. Soc. Derm.*, 4 octobre 1927. in : *Arch. of Derm.*, 1928, 17, p. 276.
- RÖTHWEL. — White spot disease. in : *Arch. of Derm.*, 1928, 18, p. 604.
- RULISON. — A case for diagnosis. Pigmented mole with a white halo. in : *Arch. of Derm.*, 1938, 38, p. 965.
- SAGHER. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *Zentr. f. Haut u. Geschl.*, 1937, 57, p. 90 ; in : *Derm. Wochenschrift*, 1937, 105, p. 1486.
- SANNICANDRO. — Transformation de nævi pigmentaires papulo verruqueux en nævi achromiques plans. *Il Dermosifil*, 1932, 7, p. 169.
- SASAMOTO. — *Jap. J. of Derm.*, 1921, 21, p. 52.
- SATENSTEIN. — Leuc. acq. centr. in : *Arch. of Derm.*, 1936, 33, p. 771.
- SCHEIN. — *Gyogyaszat*, 1908, Nr 34.
- SEZARY et DURUY. — *Nouvelle pratique dermatologique*, V, p. 944.
- SHELMIRE. — An unusual variety of vitiligo. Leuc. acq. centr. *J. of cutan. dis.*, 1917, 35, pp. 163 165.
- SIBIRANI. — Leuc. acq. centr. *Atti della Soc. Ital. di Derm. e Sifil.*, 1932 p. 267 ; 1940, p. 2.
- SIEMENS. — Fleckweise spontane Depigmentierung in Vitiligoherden. Leuc. acq. centr. *Munch Derm. Ges.*, 20 décembre 1928 ; *Zbl. Hautkrkh.*, 30, p. 15.
- SILVER. — Leuc. acq. centr. (Sutton). in : *Arch. of Derm.*, 1936, 33, p. 942.
- STAUFFER. — Leuc. acq. centr. (Sutton). *Schweiz. med. Woch.*, 1938, 68, p. 789.
- STAUFFER et AARAU. — Sutttonsche Krankheit. in : *Derm. Wochenschrift*, 1938, 106, p. 226.

- STILLIANS et SMITH. — Leuc. acq. centr. (perinevoïd leucoderma) in : *Arch. of Derm.*, 1937, 35, p. 343.
- STOKES. — Clinical note on Leuc. acq. centr. (Sutton). *Arch. of Derm.*, 1923, 7, pp. 611-618.
- SUTTON. — An unusual variety of vitiligo. Leuc. acq. centr. *J. of cutan. dis.*, 1916, pp. 797-800 ; *Texas State journ. of med. Fortworth.*, 1917, 13, p. 360. —
- SZENTKIRALY. — Die Strahlen emp findlichkeit des Leuc. acq. centr. *Orvosi Hetilap*, 1921, 70, p. 1411.
- THORNLEY. — Leuc. and pigmented mole. *N.Y. Acad. of Med. sect. Derm.*, 5 décembre 1922; in : *Arch. of Derm.*, 1923, 7, p. 559.
- TOSHIMA. — *Hihuto Hitunyo*, 1936, 4, p. 18 ; *Jap. J. of Derm.*, 1936, 40, p. 92.
- TOURNAINE et SOLENTE. — Nævi achromiques. *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 1936, p. 609.
- WEBER F. PARKES. — A law regarding the distribution of the depigmented (leucodermic) patches of vitiligo when they are superadded to moles like nævi. *Brit. J. childr. Dis.*, 1924, 21, pp. 202-206, pp. 247-249.
- ZIELER. — Suttonsche Krankheit. Leuc. acq. centr. Acrodermatitis chronica atrophicans. in : *Derm. Wochenschrift*, 1939, 108, p. 401.
-

113842